د. إيهاب الخراط

التعافي من الإدمان

أساسيات المشورة وإعادة التأهيل



التعافي من الإدمان

أساسيات المشورة وإعادة التأهيل

د. إيهاب الخراط

عرفان وتقدير

تشكلت المادة العلمية في هذا الدليل ومن قبل مجموعة من الأطباء والخبراء الأكاديميين والميدانيين المتخصصين ببرنامج الحرية من الإدمان والإيدز وأصدقائه وشركائه. ونذكر بالعرفان كل من:

د. جين لاكور: عميدة معهد نت لدراسات الإدمان، أورلاندو، فلوريدا، دكتوراة في علوم المشورة

د. تيري ويب: رئيسة معهد هدف (جول)، برنستون، الولايات المتحدة الأمريكية، دكتوراة في دراسات الإدمان

د. نانيس ناجى: أخصائي الطب النفسي، ماجستير علم النفس من جامعة كولومبيا نيويورك، نائب المدير العام ومدير قطاع التدريب ببرنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

د. إميل أسعد: دكتوراة في وقاية الشباب من السلوكيات الخطرة، مدير شريك قطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

دافيد باريتنجتون: الأمين العام المؤسس للتجمع العالمي للتعامل مع التعاطي والإدمان ISAAC

د. دارف سميث: استشاري طب الإدمان- عضو مجلس إدارة الجمعية الأمريكية لطب الإدمان ASAM

أ. نجوى سامي: ماجستير المشورة العملية، مدير شريك بقطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز

د. رضوى أسامة: دكتوراة علم النفس الإيجابي، جامعة القاهرة، مساعد مدير قطاع التدريب، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

د. طارق نصار: استشاري الطب النفسي وعلاج الإدمان.

أ. كمال جرجس: دبلوم الإرشاد النفسي وعلم النفس الإكلينيكي جامعة طنطا، محاضر بقطاع التدريب برنامج الحرية.

أ. حمدى عبد الفتاح: دبلوم في الارشاد النفسي، نائب مدير قطاع العلاج بالإسكندرية ، برنامج الحرية من الإدمان والإيدز.

تمهيد

مبررات إعداد الدليل وكيفية الاستفادة منه

ماذا نعني بالدليل؟

الدليل هو مرجع علمي وعملي مبسط يجمع ما بين النظريات العلمية الدقيقة، فيما يخص قضية الإدمان والتعاطي، والمداخل العملية التي ثُبتت فاعليتها في التعامل مع مشكلات الإدمان والتعاطي. يمكن أن يستفيد من هذا الدليل المتخصصون وغير المتخصصين لأنه يتناول حقائق علمية عميقة بطريقة عملية مبسطة.

والدليل الذي بين أيديكم هو نسخة معدلة ومنقحة ومزيدة من المذكرات التي تلقى التدريب عليها أجيال من الطلاب بينهم الأطباء والمدمنين المتعافين والقادة الدينيين والأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين والمدربين الرياضيين وأعضاء أسر المدمنين وغيرهم. ونحن نعتز أن كثير من الأفراد من هذه المجموعات كلها قد عبروا لنا عن امتنانهم لما استفادوا من المادة التي نحاول تقديمها هنا بصورة جديدة مزيدة ومنقحة مضيفين إليها آخر تحديث علمي.

لماذا الدليل؟

إن الهدف الخاص من وضع هذا الدليل هو أن يكون دليلاً تدريبيًا مصممًا خصيصًا لمن يدرسون ويتدربون سعيًا للحصول على شهادة معتمدة تؤهلهم للعمل في مجال تقديم المشورة للمدمنين أو سعيًا ليكونوا مرشدين تعافي أو مهنيين إدمان. إلا أننا نأمل أيضًا أن كل من يسعى لتقديم العون والمساعدة لمن يصارعون مع السلوكيات الإدمانية بكل أنواعها سيجدون استفادة ما ويكتسبوا قدرًا من المهارة والفهم لطبيعة السلوكيات الإدمانية والسبل الفعّالة في التعامل مع هذه السلوكيات.

فالدليل يحمل بين طياته ليس فقط نظريات علمية مُثْبتة، لكن أيضًا خبرات عملية امتدت عبر عشرات السنين، وأدت لنتائج فعلية في تغيير السلوكيات الإدمانية.

الأهداف التدريبية المحددة:

التعرف على مسببات التعاطي والإدمان والمواد المخدرة وتأثيراتها.

التعرف على المداخل العلاجية وأساليب التعامل المختلفة مع السلوكيات الإدمانية.

اكتساب المعلومات والمهارات الأساسية في مجال التعامل مع الإدمان.

اكتساب مهارات المقابلات الدافعية.

التعرف على المجموعات المختلفة في مجال الإدمان.

تقديم أدوات عملية وفعالة في التعامل مع السلوكيات الإدمانية للعاملين بالمجال.

التعرف على الوظائف الإثنا عشر الأساسية للمشير في مجال الإدمان.

اكتساب مهارات الاكتشاف والاحتواء المبكر لحالات الإدمان.

إذًا فالإطار النظري للدليل يعرف القارئ على:

أنواع المخدرات وتأثيراتها.

مسببات التعاطي والإدمان.

التعريفات العالمية للإدمان والتعاطي.

التشخيص المزدوج والاستخدام الدوائي.

أخلاقيات المهنة والمعايير العالمية.

المضاعفات الطبية (الإيدز - الكبدي الوبائي).

بينما تمده الاستراتيجيات العملية بمداخل التعامل مع السلوكيات الإدمانية:

تيسير الإثنا عشر خطوة

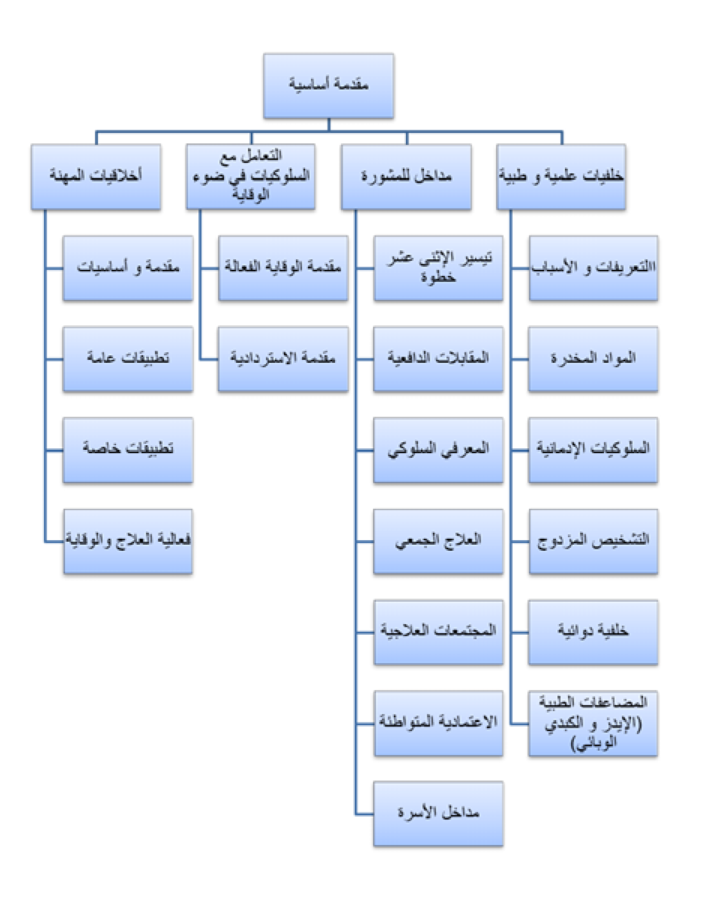
المقابلات الدافعية

المدخل المعرفي السلوكي

المجموعات

مداخل الأسرة

المجتمعات العلاجية


مقدمة أساسية
خلفيات علمية و طبية
مداخل للمشورة
التعامل مع السلوكيات في ضوء الوقاية
أخلاقيات المهنة
التعريفات و الأسباب
المواد المخدرة
السلوكيات الإدمانية
التشخيص المزدوج
خلفية دوائية
المضاعفات الطبية (الإيدز و الكبدي الوبائي)
تيسير الإثنى عشر خطوة
المقابلات الدافعية
المعرفي السلوكي
العلاج الجمعي
المجتمعات العلاجية
الاعتمادية المتواطئة
مداخل الأسرة
مقدمة الوقاية الفعالة
مقدمة الاستردادية
مقدمة و أساسيات
تطبيقات عامة
تطبيقات خاصة
فعالية العلاج والوقاية

المقدمة

برنامج الحرية وقطاع التدريب وهذا الدليل

رؤيتنا منذ أن بدأ برنامج الحرية في عام 1989 تنصبُّ على المدمنين وتقديم فرصة لهم للتغيير الجذري لنمط حياتهم وهي تتلخص في:

-أن يحصل المدمنين وعائلاتهم في مصر والبلاد العربية والعالم على فرصة كاملة لحياة أفضل.

-أن يُقاد النشء الأكثر عرضة للإدمان بقوة دافعية داخلية، تمكنهم من التعافي قبل التورط الكامل في الدائرة الإدمانية – في حالة التعاطي، وتمكنهم من الاختيار الواعي بعدم اللجوء للمخدرات للتعامل مع ظروفهم الحياتية المختلفة.

-ألاَّ تكون الممارسات الغير آمنة بوابة مفتوحة على مصراعيها ليضرب الآيدز بلادنا من خلالها.

ونحن نرى أن الإدمان مرض يضرب في جذور النفس والروح الإنسانية. فهو يدمرها نفسيًا وروحيًا وليس جسديًا واجتماعيًا فقط. لذلك، تتبنى مجتمعاتنا العلاجية جميع الفلسفات التي تمكنها من التصدي لهذا الوباء الخطير. فتعتمد على برنامج الإثناعشر خطوة، كما تستخدم المداخل المعرفية والسلوكية المختلفة. المجتمعات العلاجية عمومًا تعرف عجز الفرد أمام الإدمان وتدرك قوة الجماعة فشعارها: معًا نستطيع.

سعت الحرية لتحقيق هذه الأهداف خلال الأعوام الماضية بتأسيس عدة مراكز لإعادة تأهيل المدمنين موزعة على عدة محافظات مصرية. وقد وصل عدد الأسِرّة التي تستوعب المدمنين سواء في علاج أعراض الانسحاب أو في مراكز التأهيل الاجتماعي حول ال 1050 سرير في أوائل 2019– بدأت الحرية بخمسة أسِرَّة فقط.

كما قامت الحرية من خلال قطاع التدريب، الذي بدأ العمل في عام 2000، بعمل عدة شراكات دولية لبدء واعتماد الشهادة الدولية للتعامل مع السلوكيات الإدمانية. وقمنا بتقديمها للمتدربين المصريين وغير المصريين من الدول العربية والأفريقية والآسيوية وحتى العديد من الطلبة من أمريكا وأوروبا واستراليا. وقد أسهم برنامج الحرية من خلال مراكز إعادة التأهيل وقطاع التدريب في قفزة حقيقية وملموسة في أعداد المتعافين من المخدرات داخل مصر. كما سعينا لعمل شراكات مع عدة بلدان عربية لإحداث هذه الطفرة عينها التي حدثت في مصر تجاه قضية الإدمان في هذه البلدان الشقيقة.

يتناول الدليل أربعة أبواب رئيسية في جزئين. حيث يتناول الجزء الأول الخلفيات العلمية، والتي تشمل طبيعة ومسببات الإدمان، مع أنواع المواد المخدرة، والسلوكيات الإدمانية الأخرى. كما يتناول المضاعفات الطبية والتشخيص المزدوج.

بينما يخصص الجزء الثاني للمداخل المختلفة للتعامل مع السلوكيات الإدمانية. حيث يقدم مداخل مختلفة ومتنوعة لتقديم المشورة والتغيير السلوكي. فنقدم برنامج تيسير الإثني عشر خطوة كمنهج ينظر بنظرة معينة للإدمان باعتباره «مرض أولي» وله استراتيجياته ومبادئه في التعامل معه. كذلك المقابلات الدافعية والتي تعد واحدة من أنجح طرق تغيير السلوك الإدماني وهي تعمل على

زيادة دافعية الشخص للتغيير. بالإضافة إلى المدخل المعرفي السلوكي، والذي يتعامل مع الأفكار والمشاعر والمعتقدات والأنماط الفكرية الخاطئة والتي بدورها تحبس المدمن داخل دائرته الإدمانية. كما يتناول الباب الثاني أيضًا المجموعات كمدخل مشوري وعلاجي هام. وأخيرًا وليس آخرًا، تم الحرص على وضع وتوضيح إطار الأخلاقيات المهنية، الذي فيه تتم تقديم المساعدة بطريقة أخلاقية تجعل من فائدة العميل أولوية جنب إلى جنب مع تجنب أي ضرر يمكن أن يقع عليه، والسعي إلى العدل والمساواة وتوكيد استقلالية العميل وضمان الولاء لهم. مع عرض بعض التطبيقات العملية المعاصرة في الواقع المعاش، وإلحاق نص الميثاق الأخلاقي للعاملين بعلم النفس. وحيث وجدنا أن الجزء الثاني صار حجمه مماثلاً أو يزيد عن الجزء الأول بدون تغطية كل ما كنا ننوي تغطيته في هذا الجزء قررنا إصدار جزءًا ثالثًا.

والجزء الثالث سنخصصه لبعض المداخل العلاجية التي نتوهم أنها أقل انتشارًا في بلادنا مثل مدخل نظم الأسرة والاعتمادية المتواطئة والعلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالفن والشعر والسيكودراما وغيرها. مع تطبيقات أوسع على أخلاقيات مهنة مشورة الإدمان. وإيمانا بمبدأ «الوقاية خيرٌ من العلاج»، نقدم في الجزء الثالث أخيرًا وليس آخرًا، عرضًا مفصلاً عن كيفية عمل وقاية فعالة للنشء الأكثر عرضة للتورط في السلوكيات الخطرة.

هذا الدليل هو نتاج عمل فريق التدريب ببرنامج الحرية لسنوات طويلة في جمع وتقديم وتطوير المادة العلمية التي نقوم بتقديمها ويقدمها معنا اساتذتنا وزملائنا مثل د. جين لاكور ود. دارف سميث ود تيري ويب ودافيد يارتينجتون وإد وماريتزا كوري ضمن عملنا في المدرسة الدولية للتعامل مع السلوكيات الإدمانية، الذي قدمناه بالإنجليزية في أكثر من 7 دورات بداية من عام 2000 واشترك فيها طلبة من أكثر من أربعين دولة ثم بالعربية بداية من عام 2002 في عشرات الدورات لألاف من الطلبة المصريين والعرب.

ونحن إذ نقدم هذا الدليل بعد إعادة تنظيمه وتحديث محتواه لطلبتنا ولشركائنا وأصدقائنا في مصر والوطن العربي نأمل من الله عزّ وجل أن يستخدمه لإعداد مشيرين للإدمان مؤهَّلين ومدرَّبين للتعامل بحرفية مع كل من يصارعون مع السلوكيات الإدمانية وحتى نرى في بلداننا طفرة هائلة في أعداد المتعافين من الإدمانات المختلفة وأعداد أكبر من الشباب يمتنعون عن التورط في التعاطي والإدمان.

مقدمة

الوظائف الإثنا عشر الرئيسية في مشورة المدمنين

نناقش في هذا الباب المداخل الأساسية لتعامل مشير الإدمان مع المدمن. وهذه تتضمن تيسير ال12 خطوة والمقابلات الدافعية والعلاج المعرفي السلوكي والمجتمعات العلاجية والتعامل مع الاعتمادية المتواطئة وأخيرًا وليس آخرًا مداخل التعامل مع الأسرة.

لكن قبل مناقشة كل هذه المداخل سنستعرض الوظائفCore Functions الإثني عشر لمشيري الإدمان. وهي الإطار الذي تتم في داخله عملية تطبيق مداخل المشورة المختلفة. هذه الوظائف هي: 1- الفحص المبدئي 2- القبول 3- التقديم «التوجيه»4 – التقييم 5- الخطة العلاجية 6- الإرشاد أو المشورة 7- التعامل مع الحالة 8- التعامل مع الأزمات 9- توعية العميل 10- التحويل 11- حفظ السجلات والملفات 12- الاستشارة

وفي سياق وظيفة المشورة نقدم بصورة مختصرة أهم المدارس العلاجية ذات الصلة بمشورة المدمنين.

يمكن تقسيم العمل الذي يقوم به مشير الإدمان أو مرشد التعافي إلى 12 وظيفة أساسية. وتنطبق هذه الوظائف بدرجات متفاوتة أيا كان مجال عمل هذا المشير أو المرشد:

سواء كان يعمل كمشرف مكان في مركز إعادة تأهيل المدمنين أو بيوت التعافي أو بيوت منتصف الطريق.

أو في مركز علاج أعراض الانسحاب.

أو كان مقر نشاطه مركزاً يقدم خدمات لا تتضمن الإقامة الكاملة كالعيادات الخارجية ومراكز المرور في أي وقت Drop in centres.

وحتى لو كان يعمل في مكاتب الوصول للمدمنين وتوعيتهم بغرض تحويلهم لعلاج أطول أو بغرض وقايتهم من الإيدز وأمراض أخرى.

وبالطبع أيضا لو كان يعمل في مراكز العلاج بالأدوية البديلة كالميثادون، وهي غير موجودة في البلاد العربية إلا في المغرب ولبنان.

سوف نعرض الإثنا عشر وظيفة بشكل مختصر. ثم نتناول كل وظيفة بالشرح

أولاً: وظائف تتم قبل دخول العميل إلى أي برنامج علاجي أو تأهيلي أو مشوري:

1- الفحص المبدئي: وهو العملية التي يتحدد من خلالها مدى ملائمة العميل للالتحاق ببرنامج معين وهل ذلك البرنامج مناسب لحالته أم لا.

2 - القبول: هو إتمام الإجراءات الإدارية الأوَّلية للالتحاق بالبرنامج.

3 - التقديم «التوجيه»: وهي المرحلة التي نصف فيها للعميل، طبيعة البرنامج الذي سوف يلتحق به وأهدافه العامة. والقواعد التي تحكم سلوكيات واحتكاكات العميل داخل البرنامج، والأمور التي يمكن أن تؤدي إلى إجراءات تأديبية أو إلى الفصل من البرنامج. وإن كان البرنامج لا يتطلب فترة إقامة كاملة، يجب إخبار العميل بالساعات التي تقدَّم فيها الخدمات والفقرات التي عليه حضورها. كذلك إخباره بتكاليف العلاج التي سوف يتحملها «إن وجدت» وتعريفه بحقوقه وواجباته داخل المكان العلاجي.

ثانياً: وظائف تتم داخل المجتمع العلاجي أو البرنامج المشوري أو التأهيلي:

1- التقييم: وهي الإجراءات التي يقوم بها المرشد للتعرف على نقاط القوة والضعف لدى العميل، وعلى المشاكل التي يعاني منها وعلى شكل الاحتياجات الضرورية التي لديه. تلك الخطوة هي تمهيد للخطوة القادمة. وهي وضع الخطة العلاجية المناسبة.

2 - الخطة العلاجية: وهي العملية التي يتعرف بها كل من المرشد والعميل على المشاكل التي يعاني منها العميل وتحتاج إلى حلول. ويتم تصنيفها للتعامل معها. والاتفاق معاً على وضع أهداف طويلة وقصيرة المدى. وتقرير نظام العلاج والموارد التي سيتم استخدامها.

3- الإرشاد أو المشورة: وهو الاستفادة من المهارات الخاصة التي اكتسبها المشير وتدرب عليها لمساعدة أفراد أو عائلات أو مجموعات من الأفراد على تحقيق الأهداف التي يسعون إليها. وذلك يتم عن طريق مساعدتهم في:

اكتشاف المشكلة ورؤية عواقبها

فحص السلوكيات والمشاعر

النظر في الحلول والبدائل

الوصول إلى قرار ووضع خطة لتنفيذه

متابعة تنفيذ القرارات الدعم النفسي أثناء التنفيذ.

4 - التعامل مع الحالة: وهذه الوظيفة تتصل بتقديم والقيام بالأنشطة والخدمات المختلفة التي تقدَّم للعميل داخل البرنامج، على أن تعمل معًا لتحقيق الأهداف الموضوعة في الخطة العلاجية. وقد يشتمل التعامل مع الحالة على اتفاقيات إضافية أو على طلب مساعدة زملاء البرنامج بحسب احتياج العميل.

5 - التعامل مع الأزمات: وهي الخدمات التي تقدَّم للعميل وتتجاوب مع احتياجاته في الظروف المختلفة والطارئة مثل التعرض للآلام العاطفية أو الجسدية الشديدة لأي سبب أثناء العلاج.

6 - توعية العميل: وتتم من خلال توفير المعلومات الكافية للأفراد أو الجماعات عن المخدرات والكحول. وكذلك توفير معلومات عن الخدمات المقدمة. والموارد المتاحة للمساعدة في تخطي

المشكلة.

7 - التحويل: وهو تحديد احتياجات العميل التي لا يمكن للمرشد أو للبرنامج أن يوفيها، وتحويله إلى أحد المختصين وتعريفه بالموارد الأخرى المتاحة.

8 - حفظ السجلات والملفات: من خلال كتابة نتائج التقييم وكتابة الخطة العلاجية والاحتفاظ بها في ملفات وكذلك كتابة التقارير عن كل حالة والملاحظات عن تقدم كل حالة والملخصات والبيانات الأخرى الخاصة بالعميل. والاحتفاظ بها في المكان العلاجي.

9- الاستشارة: التواصل مع مرشدين ومختصين أخرين من البرنامج والاستفادة من خبرات الأخرين لضمان عناية أشمل وأفضل للعميل.

وقد تفضل القيام ببعض هذه الوظائف ولا تحب أو تشعر بأنك لا تجيد وظائف أخرى ولكن:

غالبا سيضطر كل من يريد أن يخدم في هذا المجال أن يقوم في وقت ما بكل وظيفة منهم.

يمكنك أحيانا أن تطلب معاونة أحد أعضاء فريقك في تنفيذ وظيفة أو أكثر أثناء عملك، لكن من واجبك أن تعمل على إتقانك لكل الوظائف.

تجاهلك لبعض هذه الوظائف قد يقلل من فرص تعافي بعض ممن تقدم الخدمة لهم، فوعيك بكل الوظائف ضرورة قصوى.

والآن نعرض هذه الوظائف بتفصيل أكثر

الفحص المبدئي:

وهو العملية التي يتحدد من خلالها مدى ملائمة العميل للالتحاق ببرنامج معين، وهل ذلك البرنامج مناسب لحالته أم لا؟ مثلاً هل البرنامج مناسب لسنه؟ يصعب خدمة مراهق مثلاً في مكان كل المقيمين فيه تجاوزوا الثلاثين، وكل العاملين تجاوزوا الأربعين. مستواه الاقتصادي والاجتماعي سيصعب على المقيمين قبول شخص من حي راقي في مكان كل من فيه من حي شعبي. كما سيصعب قبول مريض يعاني من هلاوس وضلالات متنوعة في مركز لا يزوره طبيب نفسي بانتظام.

المعايير العالمية:

* التقييم السريع للأعراض النفسية والاجتماعية والبدنية لتعاطي وإدمان الكحول والمخدرات الأخرى.

* تحديد مدى ملائمة التحاق أو تحويل العميل.

* تحديد مدى أهلية العميل للالتحاق أو التحويل.

* تحديد الأوضاع المصاحبة «الطبية- النفسية- البدنية... إلخ.» والتي تشير إلى احتياج العميل للتقييم أو للخدمات المتخصصة الأخرى.

* الخضوع للقوانين واللوائح والسياسات المتبعة في الهيئة التي يُحوَّل إليها، والتي تحكم خدمات تعاطي وإدمان الكحول والمخدرات الأخرى.

الشرح:

تتطلب تلك الوظيفة أن يأخذ المرشد في الاعتبار عوامل مختلفة قبل تقرير إلحاق العميل بالعلاج من عدمه. فمن الضروري أن يستخدم المشير معايير الفحص الملائمة لتحديد ما إذا كان تعاطي المخدرات أو الكحول قد تحَّول إلى إدمان. يجب على كل المرشدين أن يكونوا قادرين على وصف المعايير التي يستخدمونها ويبرهنوا على كفاءتهم بإعطاء أمثلة محددة عن كيفية تفاقم تعاطي المخدرات عند العميل، إلى أن أصبحت تشكُّل خللاً في حياته. وما إذا كان البرنامج يتطلب إقامة كاملة للعميل أو العناية النهارية فقط أو استخدام أدوية في العلاج، أو توفر وحدة لعلاج أعراض الانسحاب.

ومن العوامل الهامَّة أيضًا معرفة طبيعة المادة التي كان يتعاطاها العميل ووضع صحته الجسدية، ومدى ملائمة الدعم النفسي الذي سيقدم له في البرنامج مع وظائفه النفسية. ومقدار الدعم النفسي والمادي الخارجي المقدَّم له والموارد المتاحة له. وتتضمن عمر العميل ونوعه ومكان إقامته و وضعه القانوني وموقفه من التجنيد وموارد الدخل ومصدر التحويل. وأيضًا فكرة سريعة عن مجهودات العلاج السابقة التي تلقاها. وتقييم سريع لمدى دافعية العميل، ومقدار فهمه فلسفة البرنامج.

من المفترض أن يحدد كل برنامج علاجي أو تأهيلي المعايير التي تقرر مَن المستفيدين والمستهدفين منه. وكذلك متطلبات التمويل في برنامج المشير أو الهيئة التابع لها. على أن تكون هذه المعايير مفهومة بسهولة للمشير.

القبول:

هو إتمام الإجراءات الإدارية الأولية للالتحاق بالبرنامج.

المعايير العالمية:

* استكمال المستندات اللازمة للالتحاق بالبرنامج.

* استكمال المستندات اللازمة للتأهيل وملائمة البرنامج.

* الحصول على الموافقة الموقعة من العميل على المعلومات والبيانات الخاصة به، مما يضمن حماية خصوصية وحقوق العميل.

الشرح:

عادة ما يكون القبول امتدادًا لمرحلة الفحص، عندما يُتخذ قرار الالحاق رسميًا ويُثبت بالمستندات. تتضمن معظم عملية الاستقبال، استكمال النماذج المختلفة. وغالبًا ما يقوم العميل والمشير بملء استمارة الالتحاق أو القبول وتوثيق التقييم المبدئي، واستكمال استخراج المعلومات اللازمة وجمع البيانات المالية وتوقيع الموافقة على العلاج وتعيين المرشد المبدئي.

التقديم «التوجيه»:

وهي المرحلة التي نصف فيها للعميل طبيعة البرنامج الذي سوف يلتحق به وأهدافه العامة، والقواعد التي تحكم سلوكيات واحتكاكات العميل داخل البرنامج والأمور التي يمكن أن تؤدي إلى إجراءات تأديبية أو إلى الفصل من البرنامج. وإخباره بتكاليف العلاج التي سوف يتحملها العميل «إن وجدت» وتعريفه بحقوقه داخل المكان العلاجي.

وإذا كان البرنامج لا يتطلب فترة إقامة كاملة، يجب إخبار العميل بالساعات التي تقدَّم فيها الخدمات، والفقرات التي يجب أن يحضرها.

المعايير العالمية:

* تقديم نظرة شاملة للعميل من خلال شرح أهداف البرنامج.

* تقديم نظرة شاملة للعميل من خلال وصف قواعد البرنامج، وواجبات وحقوق العميل.

* تقديم نظرة شاملة للعميل عن كيفية عمل البرنامج.

الشرح

يمكن تقديم التعريف أو التوجيه قبل أو أثناء فحص وقبول العميل. أو القيام بذلك بشكل منفرد. وقد يتم هذا في مجموعة أو في حضور العائلة. كذلك يمكن أن يتضمن جزء من التعريف. التعرُّف على مسؤولين أخرين في نواح أخرى من العلاج مثل المسؤولين عن العلاج بالأدوية.

التقييم:

وهي الإجراءات التي يقوم بها المرشد للتعرف على نقاط القوة والضعف لدى العميل وعن المشاكل التي يعاني منها وعن شكل الاحتياجات الضرورية التي لديه. تلك الخطوة هي تمهيد للخطوة القادمة وهي وضع الخطة العلاجية المناسبة.

المعايير العالمية:

* جمع التاريخ المتعلق بالعميل متضمنًا تعاطيه المخدرات أو الكحول والمشاكل الأخرى، وذلك باستخدام طرق ملائمة للحوار.

* تحديد الوسائل والإجراءات المتبعة للحصول على معلومات من المصادر الثانوية الهامة، بخصوص الماضي النفسي والجسدي لتعاطي العميل للمخدرات أو الكحول.

* تحديد وسائل التقييم الملائمة.

* وضع تقييم لتعاطي العميل للمخدرات وأي أعراض أخرى مصاحبة لتوفير توجيه متكامل نحو التخطيط الجيد للعلاج، معتمدًا على الدراية بنقاط الضعف والقوة والمشاكل والاحتياجات المحددة لدى العميل.

الشرح

يجب التأكد من القيام بعمل التقييم في المرحلة الأولى من العلاج برغم أنَّ التقييم يُعدُّ عمليةً مستمرةً. وهو عادة ما يكون حصيلة حوارات شخصية مركزة مع العميل، بجانب عمل الاختبارات ومراجعة السجلات. ويقوم المرشد بتقييم معظم مناطق الحياة للعميل «الصحة الجسدية- التضارب الوظيفي- التكيف الاجتماعي- التورط القانوني- الوظائف النفسية.» ويقيِّم المرشد لأي مدى أثرت المخدرات في حياة العميل في كل من تلك المناطق.

نتيجة التقييم تلعب دورًا جوهريًا في تحديد مجالات تركيز الجهود العلاجية.

الخطة العلاجية:

وهي العملية التي يتعرف بها كل من المرشد والعميل على المشاكل التي يعاني منها العميل وتحتاج إلى حلول. ويتم تصنيف هذه المشكلات للتعامل معها، والاتفاق معًا على وضع أهداف طويلة المدى وقصيرة المدى، وتقرير نظام العلاج والموارد التي سيتم استخدامها.

المعايير العالمية

* شرح التقييم للعميل بطريقة يمكن فهمها.

* التعرف على المشاكل وتصنيفها مستندًا على احتياجات العميل الفردية في خطة العلاج المكتوبة.

* وضع الأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى والاتفاق عليها مع العميل بالاستناد إلى التقييم.

* التعرف على طرق العلاج والموارد التي يمكن الاستفادة منها لكل عميل كحالة فردية.

الشرح

الاتفاق على الأهداف والوسائل العلاجية يتم عبر المفاوضات بين العميل والمرشد لضمان أن تكون الخطة مناسبة لاحتياجات العميل.

يجب أن تكون اللغة المستخدمة في عرض المشكلة ووضع الأهداف واضحة محددة ومفهومة للعميل. ويمكن التعبير عنها من خلال مصطلحات سلوكية «قابلة للقياس».

وكذا الاستراتيجية المتبعة في العلاج ينبغي أن تكون واضحة ومفهومة.

فيتم شرح المشكلة باختصار واحتياجات العميل التي يتم التعرف عليها من خلال التقييم، بهدف إدراك كيفية التعامل مع المشكلة.

وقد يكون هناك هدف واحد أو عدة أهداف نسعى من خلالها لحل مشكلات العميل. وهناك أهداف طويلة المدى وقصيرة المدى. على أن تكون الأهداف كلها قابلة للقياس كي يستطيع كل من العميل والمرشد تحديد مدى التقدُّم في العلاج.

الخطة العلاجية هي تربط المشكلة بالهدف أو الأهداف، وبالخدمات التي سوف تقدم للعميل للوصول إلى هذا الهدف. ولابد أن تتضمن الأشخاص المسؤولين عن تقديم هذه الخدمات والإطار

الزمني الذي سوف تقدَّم فيه الخدمات ومعدل تواترها (مرات تقديمها) المطلوب.

وضع الخطة العلاجية عملية ديناميكية، و يجب أن تراجع وتتطور وتعدل عدة مرات أثناء فترة العلاج، كذلك تجب مراجعة العقود والاتفاقيات العلاجية بشكل منتظم وتعديلها إذا لزم الأمر.

المشورة أو الإرشاد:

وهو الاستفادة من المهارات الخاصة لمساعدة أفراد أو عائلات أو مجموعات من الناس، في تحقيق الأهداف التي يسعون إلى تحقيقها. ويتم ذلك عن طريق مساعدتهم في:

استكشاف المشكلة ورؤية عواقبها

فحص السلوكيات والمشاعر

النظر في الحلول والبدائل

الوصول إلى قرار ووضع خطة لتنفيذه

متابعة تنفيذ القرارات والدعم النفسي أثناء هذا التنفيذ

المعايير العالمية

اختيار نظرية أو نظريات المشورة التي تقدَّم.

تطبيق التقنيات لمساعدة العميل أو المجموعة أو العائلة في اكتشاف المشاكل وعواقبها.

تطبيق التقنيات لمساعدة العميل أو المجموعة أو العائلة في فحص السلوك، والتوجهات أو المشاعر إذا كان ذلك ملائمًا للوضع العلاجي.

المشورة بشكل فردي تكون وفقًا للثقافة والنوع وأساليب الحياة المختلفة.

التدخُّل مع العميل بأسلوب علاجي ملائم.

تنفيذ خطة العلاج.

الشرح

المشورة هي علاقة يساعد فيها المرشد العميل على استخدام موارده لحل مشاكله، أو استكشاف سلوكياته وقيمه وربما تطويرها حسبما يقرر المستشير. يجب أن يكون المرشد قادرًا على إظهار معرفة عملية في مختلف توجهات المشورة وتتضمن « تيسير الإثنا عشر خطوة والعلاج بالواقع والعلاج التحليلي التفاعلاتي والعلاج المبني على استراتيجية العائلة والعلاج المتمركز حول العميل وغيرها» كما يجب على المرشد أيضًا أن يكون قادرًا على شرح المنطق وراء استخدامه لتوجه معين لعميل بعينه. على سبيل المثال يمكن اقتراح اتجاه سلوكي لعميل يقاوم أو يواجه صعوبة في التكيف مع العواقب وتنظيم الاندفاعات. في حين يمكن أن يكون التوجه المعرفي هو الأكثر ملائمة لعميل يعاني من الاكتئاب ولكنَّه في نفس الوقت قادر على الاستبصار وواضح الرؤية، وهكذا.

يجب كذلك على المرشد أن يشرح منطقه لاختيار توجه المشورة مع فرد أو مجموعة. وأخيرًا على المرشد أن يكون قادرًا على شرح سبب تغيير التوجه أثناء العلاج إذا ما حدث مثل هذا التغيير.

مقدِّمة في المشورة

ما هي المشورة؟

المشورة هي علمٌ أكاديمي يستند على تطبيق نظريات علم النفس التي ثبتت صحتها.

المشورة هي علمٌ استقلَّ بذاته منذ أكثر من 40 سنة بالخارج، وله درجاته العلمية.

المشورة هي نوع من الخدمة العميقة والمتخصِّصة والتي تساعد الآخر في التغلَّب على المعوقات النفسية والسلوكية.

مجالات تقديم المشورة

المشورة الأُسرية، وتُقدَّم عن العلاقات الزوجية وتربية الأطفال.

المشورة قبل الارتباط.

المشورة وقت الأزمات والضغوط وبعد الصدمات.

المشورة عند اتِّخاذ القرارات.

المشورة عند وجود مشاكل سلوكية.

ما هو ليس مشورة

المشورة ليست تقديم النصيحة.

المشورة ليست الوعظ.

المشورة ليست أن يتخذ المشير القرار الصائب للمستشير.

المشورة ليست مجرَّد دردشة.

المشورة ليست تقديم الحلول الجاهزة.

لماذا؟

لن تنمو شخصية طالب المشورة وثقته بنفسه.

سوف يعتمد على شخص آخر طوال الوقت.

لن يتحمَّس لتنفيذ حلول لم يصل اليها بنفسه.

سوف يحمِّلك مسؤولية أي خطأ أو مشاكل قد تحدث.

ما هي إذن أهداف المشورة

تهدف المشورة الفعالة إلى:

أن يفهم الإنسان نفسه (نقاط القوة والضعف).

أن يفهم المشكلة ويحددها جيدًا.

أن يستطيع التعامل مع صعوباته النفسية (ربما تكون خبرات سيئة في الماضي، لكنها مؤثرة على الحاضر).

أن تنمو شخصيته.

أن يتحمل الإنسان مسؤولية نفسه.

أن يتعلَّم أمور هو في حاجةٍ إليها.

أن يصل إلى السلام الداخلي.

سلام مع نفسه – سلام مع الله – سلام مع الأخرين

المدارس العلاجية المختلفة

المدارس التحليلية (مثل سيجموند فرويد وألفرد أدلر وكارل يونج)

المدارس المعرِفية السلوكية (مثل ألبرت أليس وآرون بيك)

المدارس الإنسانية (مثل كارل روجرز)

المدراس الوجودية (مثل فيكتور فرانكل وإيرفينج يالوم)

المدرسة التحليلية

تقسم العقل إلى عقل واعي (الشعور) ، غير واعي (اللاشعور) ، قبل واعي (تحت الشعور). مع التركيز على الدوافع اللاواعية للسلوك.

افتراض أنَّ السلوك الحالي له جذور في الماضي

الحِيَل الدفاعية اللاشعورية التي يستخدمها الإنسان وتأثيرها.

تهتم بالأحلام لأنها البوابة الملكية للاوعي.

يركز فرويد على سعي الإنسان للذة وهروبه من الألم. ويضع أهمية خاصة على الرغبات الجنسية والعدوانية المكبوتة.

يركز أدلر على سعي الإنسان للقوة، أي الحرية والقدرة على التحكم في بيئته لا أن يكون محكوماً بهذه البيئة.

يركز يونج على أنماط لاشعورية (لا واعية) موروثة في العقل الجماعي للبشر وتحكم تصرفاتهم.

العلاج

عن طريق إحياء خبرات الألم واستكشاف أصل المشاكل اللاشعوري في الطفولة.

التنفيس (التعبير عن الأفكار والمشاعر التي تضايق أو تشغل العميل) فيصبح اللاواعي أكثر وعيًا.
العلاج من خلال التداعي الحر (استرسال العميل في الحكي حتى لتفاصيل تبدو غير مهمة).
تهتم هذه المدرسة بالنمو والنضوج أكثر من المساندة والتعضيد.
يحتاج العلاج تقليديًا من جلستين إلى ثلاث جلسات أسبوعيًا، لمدة 2-3 سنوات.

دور المعالج في المدرسة التحليلية

غير مساند

غير مواجد

متباعد عن العميل كما لوكان يراقب بحيادية

المدرسة المعرِفية السلوكية

هناك علاقة مباشرة بين أفكار وطرق تفكير الإنسان وبين مشاعره.

كلما زادت هذه الأفكار وترسَّبت في الذهن، كلما زادت حدَّة المشاعر.

تميل هذه المدرسة للتعامل مع الحاضر وليس الماضي

يقتنع الإنسان أحيانًا بأكاذيب ويصدِّقها، فتؤثر على مشاعره وسلوكه.

مثال:

C B A

الحدث الأفكار الشعور

الحديث الذاتي

لو استطعنا تصحيح الأفكار، تتغير المشاعر ويتحسن السلوك

شخص أحبه، تركني A

أشعر برغبة في الموت C

سيتركني الجميع، والحياة لا تستحق B

الفتاة التي تقدمتُ لها، رفضتني A

رغبة في الانسحاب وكراهية لكل الفتيات C

أنا غير جذّاب ولن تقبلني أيّة فتاة B

دور المعالج

يقوم المعالج بتقييم العمليات الفكرية وتصحيحها

تدريب العميل على التعامل مع المواقف الصعبة

وتدريبه على حل المشكلات

يقوم المعالج بدور المدرِّس أو المدرِّب

ينجح المشير بصورة كبيرة في العلاج إذا اهتمَّ بالعلاقة الشخصية والتواصل الوجداني مع العميل.

المدارس الإنسانية

(العلاج المتمركز حول العميل)

العميل هو مركز العملية المشورية وليس المعالج.

كل إنسان لديه القدرة على التعامل مع مشكلاته، وهذه القدرة كامنة تحتاج لمن يحرِّكها.

ما يقوله العميل عن نفسه أكثر أهمية من ملاحظات وتحليلات المعالج.

التواصل الوجداني والمواجَدَة من أهم طرق الحصول على البصيرة ومعرفة العلاج.

يعمل العلاج على مساعدة العميل لأن يستعيد ثقته المفقودة وفي قدرته الذاتية على التقييم، والتحرّك للأمام في مسيرة تحقيقه لنفسه.

المعالج

يوفِّر بيئة من الأمان والثقة تتيح للعميل أن يكون نفسه.

المعالج يلعب دور الذات المصاحبة التي لا تتدخل، لكنها ذاتٌ يستخدمها العميل لرؤية نفسه عن طريق ممارسة الإنصات المتمعِّن.

المهارات الأساسية لتحقيق العلاقة العلاجية

وضع كارل روجرز، وهو من أكبر العلماء في هذا المجال، أهميةً خاصة للعلاقة بين المشير وطالب المساعدة؛ ويرى أنه لكي نصل لعلاقة ناجحة ومؤثِّرة ولكي نوفِّر جوًّا من الأمان والثقة والتشجيع على الانفتاح، يجب أن يقدِّم المشير ثلاثة أمور.

التفهُّم والمواجَدَة الدقيقة

الاحترام والقبول غير المشروط

الصدق أو الأصالة

المدارس الوجودية

تؤكد على أن مشاكل الإنسان النفسية تنتج من العجز في مواجهة أسئلة الحياة الكبرى: الموت والأمل والمعرفة والحب والمعنى والهدف. أو في تبني حلول نمطية يسوقها المجتمع ولا تعني شيئا للفرد.

المواجدة ضرورية وأيضاً تعبير المشير عن مواقفه بدون وعظ أو نصائح مباشرة.

المعالج لا يعالج فقط بعقله ونظرياته ولا بمجرد المواجدة بل بنوع وجوده واتساقه مع نفسه وصدق تعامله مع الأسئلة الوجودية الكبرى.

ليس من الضروري الوصل لإجابات لكن من الضروري عدم الهروب من الأسئلة الداخلية.

لا يوجد حل واحد للأسئلة الكبرى يلائم جميع الناس لكن شجاعة الكينونة هي في الوقوف أمام الأسئلة وفحصها وتحمل غموضها.

عملية المشورة تتكوَّن من:

تعميق العلاقة مع المستشير وبناء الثقة

تحديد المشكلة (التشخيص)

وضع الخطة العلاجية

وضع الأهداف

تحديد زمن تحقيقها

استخدام الوسائل المناسبة

متابعة تحقيق الأهداف

بعض صفات المشير الجيد

قادر على أن يخرج خارج نفسه ويساعد الآخرين

مستمع جيد للآخرين

شخص لديه ذكاء وجداني واجتماعي

متلامس مع الضعف البشري ومع ضعفه الشخصي

يجد الراحة في التواجد مع الأخرين

أخلاقيات المشورة

السرّية التامة

الاستقلالية

الولاء الأول لطالب المشورة، وليس لشخص آخر

توحيد أهداف المشير مع أهداف طالب المساعدة

حيِّد مشاعرك تجاه طالب المساعدة

التعامل مع الحالة أو إدارة الحالة:

وهي الأنشطة والخدمات المختلفة التي تقدَّم للعميل، وتعمل معًا في إطار محكم ومصمم لتحقيق الأهداف الموضوعة في الخطة العلاجية وقد تشتمل اتفاقيات إضافية أو طلب مساعدة آخرين من ذوي الخبرة بحسب احتياج العميل.

وتتضمن الجلسات الفردية والمجموعات بأنواعها والعلاج بالعمل والفن والشعر الخ. إضافة لحل المشكلات العملية وتذليل الصعوبات أمام اندماج العميل في العملية العلاجية.

المعايير العالمية

تنظيم الخدمات للعناية بالعميل.

شرح منطق أنشطة إدارة الحالة للعميل وكيف تساعد على تحقيق الأهداف التي يتطلع العميل لتحقيقها بعد الاتفاق عليها مع المشير.

الشرح

إدارة الحالة تعني. وضع خطة بالخدمات المتعددة المقدمة للعميل بحسب احتياجه. لأنَّ المدمن قبل العلاج يظهر عليه العديد من مظاهر الاختلال في مناطق مختلفة من حياته. وذلك بالطبع ما يتم التعامل معه أثناء العلاج. فعلى سبيل المثال يمكن أن يصاب مدمن الهيروين بفشل في الكبد، وفي تلك الحالة يجب على المرشد تحويل العميل إلى طبيب متخصص يشرف على علاجه. كذلك يمكن أن يكون لدى العميل سجل جنائي. في تلك الحالة يجب على المرشد الاتصال بمحامي وهكذا.

يمكن أن يتلقى العميل أيضاً خدمات علاجية أخرى مثل العلاج بالعائلة، والعلاج بالأدوية في نفس المكان. يجب أن تتكامل تلك الأنشطة مع خطة العلاج ويجب أن يكون الاتصال مستمراً مع المسؤولين عن كل جانب.

التدخل في الأزمات:

وهي الخدمات التي تقدَّم للعميل، وتتجاوب مع احتياجاته في الظروف المختلفة، والطارئة مثل التعرض للآلام العاطفية أو الجسدية الشديدة لأي سبب أثناء العلاج. مثلا وفاة عزيز لديه أو طلب زوجته الطلاق أو رفض أولاده أن يزوره أو معرفته بأن حكمًا بالسجن قد صدر عليه.

المعايير العالمية

إدراك العناصر المختلفة للأزمة التي يمر بها العميل.

البدء في تنفيذ دورة فورية من الأعمال الملائمة لتلك الأزمة.

تعزيز العلاج الكلِّي بالاستفادة من الأحداث والأزمات.

الشرح

الأزمة هي حدث حاسم وحرج في مرحلة العلاج، وقد تؤدي إلى إعاقة عملية إعادة التأهيل أو

هدمها تماماً. وقد تكون تلك الأزمات مرتبطة بشكل مباشر بالتعاطي، فتكون في صورة انتكاسة يتعرض لها العميل– أو تعاطي جرعة زائدة أو تكون بشكل غير مباشر وتتضمن «موت شخص عزيز- انفصال- طلاق- اعتقال- محاولة انتحار- أو ضغط خارجي لإنهاء العلاج.»

يجب أن يكون المرشد قادرًا على تحديد الأزمة عند ظهورها على السطح. وعليه، تكون محاولة التدخل أو حل المشكلة بشكل فوري مع استخدام الأحداث السلبية لتعزيز مجهود العلاج إن أمكن.

توعية العميل أو الأنشطة التعليمية النفسية:

توفير المعلومات الكافية للأفراد أو الجماعات عن المخدرات والكحوليات. وكذلك توفير معلومات عن الخدمات المقدَّمة والموارد المتاحة للمساعدة في تخطي المشكلة.

المعايير العالمية

تقديم معلومات متعلقة بتعاطي وإدمان الكحول والمخدرات للعميل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

تقديم المعلومات عن الخدمات والموارد الأخرى التي تقدَّم عن إدمان المخدرات. سواء في مجموعات أو بصورة فردية.

الشرح

يمكن تقديم التوعية للعميل بطرق مختلفة. ففي بعض برامج الإقامة الكاملة يمكن أن تعقد فصول رسمية تستخدم مواد مكتوبة وأفلام. بينما يمكن أن تقَّدم المشورة في عيادة خارجية ويتم فيها توعية العميل بشكل فردى أو غير رسمي.

توعية العميل يمكن أن تتضمن بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بالكحول والمخدرات وصفًا لمجموعات الدعم الذاتي، والموارد الأخرى المتاحة للمدمنين وعائلاتهم. يجب أن يكون مقدم الخدمات التعليمية قادرًا على تقديم أمثلة محدَّدة عن نوعية التوعية المقدَّمة للعميل ومدى ارتباطها بالحالة.

التحويل:

وهو تحديد احتياجات العميل التي لا يمكن للمرشد أو للبرنامج أن يوفيها، وتحويله إلى أحد المختصين وتعريفه بالموارد الأخرى المتاحة.

المعايير العالمية

* التعرف على الاحتياجات أو المشاكل التي لا يمكن أن يوفيها المكان أو المشير.

* شرح الأسباب المنطقية لتحويل العميل.

* التوفيق بين احتياجات أو مشاكل العميل والموارد الملائمة.

* الخضوع للقوانين واللوائح وسياسات المكان المعمول بها، والتي تحكم الإجراءات المتعلقة بحماية خصوصية العميل.

* مساعدة العميل في الاستفادة من نظم الدعم وموارد المجتمع المتاحة.

الشرح

يجب على المرشد أن يكون على دراية بموارد المجتمع الخاصة بإدمان الكحول والمخدرات من أجل ضمان الكفاءة اللازمة لتلك الوظيفة. وعلى المرشد أيضًا أن يكون قادرًا على إظهار معرفته العلمية لعملية التحويل مع التأكد من احترام متطلبات الخصوصية للعميل ولنتائج التحويل.

مثلا لماذا يتم تحويله لعناية طبيب باطني أو طبيب نفسي متخصص في جانب غير متوفر في المكان الذي يتلقى فيه المستشير الخدمة أو لمحامي أو لمحاسب متخصص وهكذا.

حفظ السجلات والملفات:

هو كتابة نتائج التقييم وكتابة الخطة العلاجية والاحتفاظ بها في ملفات، وكذلك كتابة التقارير عن كل حالة والملاحظات عن تقدم كل حالة والملخصات والبيانات الأخرى الخاصة بالعميل، والاحتفاظ بها في المكان العلاجي.

المعايير العالمية

إعداد التقارير والسجلات المتعلقة بالحالة محتوية على المعلومات المتاحة لتسهيل استمرار العناية.

الرسم البياني الذي يوضِّح المعلومات المستمرة المتعلقة بالعميل.

الاستفادة من المعلومات المتعلقة بالحالة من المستندات المكتوبة للعناية بالعميل.

الشرح

وظيفة حفظ الملفات والسجلات هامة جدًا، لأنَّها تفيد المرشد في تسجيل تقدُّم العميل في تحقيق أهدافه. وتساعد على الاتصال الجيد بين العاملين في المكان العلاجي. كذلك تساعد المرشد في تقديم المشورة. كما أنَّها تفيد البرامج الأخرى التي قد تخدم العميل في وقت لاحق. ووجود مثل تلك السجلات يساعد في حصول البرنامج على الترخيص أو موارد التمويل، وإذا تم عملها بشكل جيد فإنَّها تعزز كليًا في الخبرة العلاجية الكلية للعميل.

الاستشارة:

التواصل مع مرشدين ومختصين أخرين من البرنامج، والاستفادة من الخبرات الأخرى لضمان عناية أشمل وأفضل للعميل.

المعايير العالمية

إدراك المواضيع التي تتجاوز معرفة أو مهارات المرشد.

استشارة الموارد الملائمة للتأكد من تقديم الخدمات الفعالة للعلاج.

الخضوع للقوانين واللوائح وسياسات المكان المعمول بها، والتي تحكم عدم إفشاء بيانات هوية

العميل.

شرح الأسباب المنطقية للاستشارة، للعميل. إذا لزم الأمر.

الشرح

الاستشارة هي اجتماعات للمناقشة والتوصل إلى قرار. أكثرها شيوعًا تكون بين العاملين داخل المكان العلاجي الذي تتم فيه مراجعة حالة العميل مع الأعضاء الأخرين من الفريق العلاجي. ويمكن أيضًا عقد جلسات الاستشارة بشكل فردي مع المشرف والمشيرين الأخرين والأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين ومقدمي الخدمات الأخرى المتعلقة بحالة العميل.

وفي نهاية هذا الفصل سنقدم بقدر من التفصيل نبذة عن التعامل مع العميل أو المستشير الذي يعاني من أفكار الانتحار:

التعامل مع أفكار ومحاولات الانتحار لدى المدمنين

أظهرت دراسة كبرى في الولايات المتحدة الأمريكية أن الوفيات بسبب الانتحار بين من يعانون من اضطراب استخدام المواد (مدمني المخدرات) تزيد عن الوفيات بالانتحار بين عموم السكان بعشر مرات (أي بنسبة ألف في المائة). ووجدت أثار استخدام الكحول بصورة زائدة في22% من جثامين المنتحرين وآثار مواد أخرى مغيرة للحالة المزاجية (مخدرات) في 20% منهم.

5% ممن يعانون من اضطراب استخدام المواد (الإدمان) يموتون منتحرين. بينما لا تزيد نسبة من يموتون بسبب زيادة الجرعة عن 1%. وربما من يتوفون بأمراض متصلة بالإدمان أو من جراء الحوادث وغيرها نحو 4%.

يجب أن يؤخذ أي حديث عن الانتحار بجدية كاملة. الوهم الشائع أن من يتكلمون عن الانتحار لا يقدمون عليه وهم مؤذ وعارٍ تماما من الصحة. الواقع أن 90% من الذين انتحروا قاموا بإبلاغ شخص واحد أو أكثر عن نيتهم في الانتحار مرة أو عدة مرات، شفويا أو عن طريق رسالة مكتوبة.

عليك أن تأخذ هذا الحديث بجدية حتى لو شعرت أن هذا الحديث تهديد فارغ (تهويش) أو محاولة لجذب الانتباه أو للضغط على الآخرين للحصول على أموال أو مكاسب أو طلبات أخرى أو لتجنب اللوم واستجلاب التعاطف.

هناك كثرين ماتوا فعلاً بينما كانوا لا يقصدون إلا تمثيل محاولة انتحار حيث لم يستطيعوا التحكم في تقدير الجرعة أو المسدس أو سقطوا دون قصد من ارتفاع كبير (أي جت الطوبة في المعطوبة).

يجب على المشير أن يحكم على حدة الوضع ودرجة الخطورة من خلال التقييم إلى خمس مراحل. و من ثم يجب عليه اتّخاذ الخطوات اللازمة لمنع حدوث الانتحار.

هناك وهم مؤذ وشائع أيضا أن سؤال العميل عن الانتحار وكيف يفكر فيه وهل حاول قبل ذلك قد يثير أفكار الانتحار في ذهنه. على النقيض من هذا السؤال عن شدة أفكار الانتحار قد ينقذ كثيرين.

ويمكن تقسيم خطورة احتمال الانتحار إلى عدة مراحل:

المرحلة الأولى التفكير في الموت. تسأله هل تفكر في الموت كثيرًا؟ حثني أكثر عن تفكيرك هذا؟

المرحلة الثانية الرغبة في الموت. إذا جاويب بنعم عن أسئلة المرحلة الأولى تسأله: هل تريد أن تموت؟ كلمني أكثر عن هذه الرغبة؟

المرحلة الثالثة التفكير في الانتحار. تسأله هل تفكر في الانتحار؟ ولماذا قد تفكر أن الانتحار فكرة جيدة؟ ثم لماذا قد تفكر أن الانتحار فكرة سيئة ؟

في هذه المرحلة إذا شعرت بجدية تفكيره في الانتحار فعليك ألا تراعي السرية وأن تخبر أهله وطبيب نفسي.

كما يستحسن

المرحلة الرابعة هل لدى العميل خطط للانتحار؟

المرحلة الخامسة هل حاول الانتحار من قبل؟

بداية من المرحلة الرابعة يجب عليك إبلاغ من يستطيع معاونة من يفكر بالانتحار ومن يملك إن لزم الأمر إجباره أو إلزامه بالعلاج: الأهل وطبيب نفسي مثلاً. لا يوجد التزام بالسرية أو الخصوصية في هذه الحالة إطلاقًا.

أحيانا يكون من المفيد الاتفاق مع المستشير على مجرد تأجيل القرار ويستحسن تحديد ميعاد معه يتعهد فيه كتابة بعدم إيذاء نفسه حتى يراك ثانية في الموعد والأفضل جعله يوقع على اتفاق مكتوب بينك وبينه بهذا ثم نؤجل ثانية وهكذا. مثال:

اتفاق ملزم

أتعهد أنا.................................بألا أؤذي نفسي حتى مقابلتي القادمة مع .... يوم ...... الساعة.

توقيع:

من يصارعون الأفكار والسلوكيات الانتحارية يمكنهم في لحظة أن يفقدوا حياتهم مهما كانت درجة إيمانهم أو مدى قربهم من الله. وأكثر من يصارعون مع هذه الأفكار هم المدمنون ومن يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، أو الاكتئاب أيضا يعانون من الأفكار الانتحارية.

ونقتطف بتصرف هذه الاقتراحات من أحد أهم المراكز الطبية في العالم (مايو كلينك):

اسأل هذه الأسئلة وبعضها مغلق:

1- كيف تتكيف مع ما قد حدث لك في حياتك؟

2- هل شعرت يومًا بالاستسلام؟ احكي لي أكثر عن هذا.

3- هل تفكر في الموت؟ من فضلك كلمني عن أسباب هذا التفكير.

4- هل تفكر في إيذاء نفسك؟

5- هل تفكر في الانتحار؟

6- هل سبق لك التفكير في الانتحار، أو حاولت إيذاء نفسك؟

7- هل فكرت في الطريقة أو الوقت الذي تقوم فيه بذلك؟

8- هل يمكنك الوصول إلى الأسلحة أو الأشياء التي قد تستخدم كأسلحة لإيذاء نفسك؟

-في كل كلامك معه احرص على المواجدة والاحترام والدفء من غير استحواذ. وتذكر أنه حتى بالرغم من أن الشخص الذي يفكر بالانتحار قد لا يفكر بشكل منطقي، فمشاعره حقيقية. وعدم احترام مشاعر الشخص قد يؤول إلى إغلاق باب التواصل.

-تجنب المجاملة أو إطلاق الأحكام، على سبيل المثال، لا تقل للشخص: قد تسوء الأمور أو معك أشياء كثيرة تتيح لك أن تعيش جيدًا. بل اطرح أسئلة مفتوحة مثل:

-ما السبب في شعورك بهذه الدرجة الكبيرة من السوء؟ ما الذي يمكن أن يجعلك تشعر بتحسن؟ أو كيف يمكنني مساعدتك؟

-لا تعد الشخص مطلقًا بالحفاظ على سرية مشاعره الانتحارية: كن متفهمًا، بل وقد توضح إن لزم الأمر أنه قد يتحتم عليك البوح بهذا السر إذا ظننت أن حياة الشخص في خطر.

-حاول طمأنة الشخص بأن الأمور قد ستتحسن. قد يبدو له وكأن من المستحيل أن تتحسن الأمور. لكن حاول طمأنة الشخص بأنه من خلال العلاج المناسب، يمكنه إيجاد طرق أخرى للتكيف مع ظروفه كما يمكنه الشعور مرة أخرى بأن الحياة تستحق أن تعاش.

-شجعه على تجنب تناول الكحوليات أو تعاطي المخدرات، قد يبدو للوهلة الأولى أن تعاطي المخدرات أو تناول الكحوليات قد يخفف من المشاعر المؤلمة، ولكن الأمر يؤول في النهاية إلى تفاقم الوضع؛ فقد يؤدي إلى السلوك المتهور أو الشعور بمزيد من الاكتئاب.

وإذا لم يرغب المدمن في الإقلاع من تلقاء نفسه، فوجود خطة واضحة للانتحار أو محاولة الانتحار هو من أسباب العلاج الإلزامي في مكان طبنفسي مؤهل للتعامل مع هذه الحالات.

-تخلص من الأشياء محتملة الخطورة من منزل الشخص، إذا أمكن وكان باستطاعتك: تأكد من عدم وجود أشياء من حول الشخص قد تستخدم للانتحار؛ مثل السكاكين أو شفرات الحلاقة أو المسدسات أو الأدوية. إذا كان الشخص يتناول أدوية قد تستخدم لأخذ جرعة زائدة، فشجعه على وجود شخص يحفظ هذه الأدوية ويعطيها له حسب تعليمات الطبيب.

-أنت لست مسؤولاً عن منع شخص ما من إزهاق روحه؛ ولكن تدخلك قد يساعد الشخص على أن يرى أن هناك خيارات أخرى متاحة للبقاء سالمًا والحصول على العلاج.

القتل والانتحار

في حالاتٍ نادرة، يكون الأشخاص ذوي الميول الانتحارية عُرضةً لخطر قتْل آخَرين ثم قتْل أنفسهم. ويُعرَف ذلك بالقتْل ثم الانتحار أو بالاغتيال ثم الانتحار، وتتضمَّن بعض عوامل الخطر:

تاريخًا من النِّزاع مع الزوج أو الشريك العاطفي

المشاكل القانونية أو المالية العائلية الحالية

تاريخًا من مشاكل الصحة العقلية، وخاصَّة الاكتئاب

إدمان الكحول أو المُخدِّرات

توفُّر سلاحٍ ناري

بدء تناول مضادات الاكتئاب وزيادة خطر الانتحار

معظم مضادات الاكتئاب آمنة بوجه عام، ولكن تشترط إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أن تحتوي كل مضادات الاكتئاب على تحذير الصندوق الأسود، وهو أكثر التحذيرات صرامةً للوصفات الطبية. في بعض الحالات، قد تزداد الأفكار أو السلوكيات الانتحارية لدى الأطفال والمراهقين والشباب البالغين تحت 25 عامًا عندما يتناولون مضادات الاكتئاب، خاصة خلال الأسابيع القليلة الأولى بعد بدء تناولها أو عند تغير الجرعة.

إلا أنه من المرجَّح أن تقلل مضادات الاكتئاب مخاطر الاكتئاب على المدى الطويل من خلال تحسين المزاج.

الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار قد ترتبط بصدمة نفسية. على سبيل المثال، وقد تستحوذالأفكار الانتحارية على ذهن من يعاني منها بشكل كبير لدرجة إعاقة أداء وظائف في حياتك اليومية. وبينما تكون معظم محاولات الانتحار فعلاً متهورًا في لحظة أزمة. يمكن في كل الأحوال أن ينتج عنه إصابات دائمة شديدة أو خطيرة مثل فشل عضو من الأعضاء أو تلف الدماغ.

الشعور بالحزن والغضب والاكتئاب والذنب شائع لدى الأشخاص الذين تم تركهم بعد محاولة الانتحار.

الاقتراحات لمن يفكر في الانتحار تتضمن:

احصل على العلاج الذي تحتاج إليه. إذا لم تعالج السبب الكامن، فمن المرجح أن تعاودك الأفكار الانتحارية مرة أخرى. قد تشعر بالحرج من طلب الحصول على علاج لمشاكل الصحة النفسية، ولكن الحصول على العلاج الصحيح للاكتئاب، أو إدمان المواد المخدرة، أو مشكلة أخرى كامنة سيجعلك تشعر شعورًا أفضل نحو الحياة — وسيساعدك على البقاء بأمان.

تأسيس شبكة دعم خاصة بك. قد يكون من الصعب التحدث بشأن المشاعر الانتحارية وقد لا يفهم أصدقائك وعائلتك بشكل كامل سبب شعورك بالطريقة التي تقوم بها. تواصل بأي شكل، وتأكد من أن الأفراد الذين يهتمون بك يعرفون ما يحدث وأنهم متاحون عندما تحتاج إليهم. كما قد ترغب في الحصول على مساعدة من مكان العبادة أو مجموعات الدعم أو موارد مجتمعية أخرى. يمكن أن يساعد شعورك بالتواصل والدعم في تقليل خطر الانتحار.

تذكر أن، المشاعر الانتحارية مؤقتة. إذا كنت تشعر باليأس، أو بأن الحياة لا تستحق العيش بعد الآن، تذكر أن العلاج يمكن أن يساعدك في استعادة نظرتك — وستتحسن الحياة. اتخذ خطوة واحدة كل مرة ولا تتصرف باندفاع.

قد يقوم طبيبكَ بفحصٍ بدنيٍّ واختبارات واستجواب متعمِّق حول صحتكَ العقلية والبدنية للمساعدة في تحديدِ ما قد يسبِّب أفكارك الانتحارية ولتحديدِ أفضل علاج.وقد تشمل التقييمات:

حالة الصحة العقلية. في معظم الحالات، ترتبط الأفكار الانتحارية بمشكلة كامنة في الصحة العقلية يمكن علاجها. في هذه الحالة، قد تحتاج إلى زيارة طبيب متخصص في تشخيص وعلاج الأمراض العقلية (طبيب نفسي) أو غيره من مقدمي خدمات الصحة العقلية.

حالة الصحة البدنية. في بعض الحالات، قد تكون الأفكار الانتحارية مرتبطة بمشكلة صحية جسدية كامنة. قد تحتاج لعمل اختبارات دم واختبارات أخرى لتحديد إن كانت هذه هي المشكلة.

إساءة استخدام الكحوليات والمخدرات. بالنسبة للكثيرين، يلعب الكحول أو المخدرات دورًا في التفكير الانتحاري والانتحار. سيرغب طبيبكَ في معرفة إن كان لديكَ أي مشاكل مع الكحول أو تعاطي المخدرات — مثل الإفراط في تناول الكحول أو المخدرات، أو عدم القدرة على تقليلها، أو التوقف عنها بنفسك. يحتاج الكثير من الأشخاص الذين يشعُرون بالرغبة في الانتحار إلى علاج لمساعدتهم على التوقف عن تعاطي الكحول أو المخدرات، لتقليل مشاعرهم الانتحارية.

الأدوية. بالنسبة لبعض الأشخاص، يمكن أن تسبِّب بعضُ الوصفات الطبية أو الأدوية المتاحة من دون وصفة طبية مشاعرَ انتحارية. أخبِر طبيبكَ بأي أدوية تتناولها لمعرفة إن كان لها علاقة بالتفكير الانتحاري أم لا.

الأطفال والمراهقون

يحتاج الأطفال الذين يشعرون برغبة في الانتحار عادةً إلى رؤية معالِج نفسي أو طبيب نفسي خبير في تشخيص وعلاج الأطفال الذين يعانون من مشاكل في الصحة العقلية. إلى جانب مناقشة المريض، سيرغب الطبيب في الحصول على صورة دقيقة لما يَجري من عدة مصادر، مثل ولي الأمر أو الأوصياء، والمقربين الأخرين من الطفل أو المراهق، وتقارير المدرسة، والتقييمات الطبية أو النفسية السابقة.

العلاج النفسي. في العلاج النفسي، ويسمى كذلك بالاستشارة النفسية أو العلاج بالحوار، فأنت تستكشف المسائل التي تجعلك تمُرُّ بمشاعر انتحارية، وتتعلم مهارات للمساعدة في التعامل مع العواطف بفاعلية أكثر. يمكن أن تعمل مع معالجك النفسي لتطوير خطة العلاج وأهدافه.

الأدوية. يمكن أن تساعد مضادات الاكتئاب، والأدوية المضادة للذِّهان، والأدوية المضادة للقلق وغير ذلك من أدوية المرض العقلي في الحد من الأعراض، وهو ما يمكن أن يساعدك في التقليل من المشاعر الانتحارية.

علاج الإدمان. يمكن أن يتضمن علاج المخدرات أو إدمان الكحوليات إزالة السموم، وبرامج علاج الإدمان واجتماعات مجموعة المساندة.

الدعم العائلي والتعليم. يمكن أن يكون أحباؤك مصدرًا للدعم والنزاع معًا. يمكن لإشراكهم في العلاج أن يساعدهم في تفهُّم ما تمر به، ويمدهم بمهارات تأقلُم أفضل، ويحسِّن التواصل والعلاقات العائلية.

نمط الحياة والعلاجات المنزلية

لا يوجد بديل للمساعدة المتخصصة عندما يتعلق الأمر بعلاج التفكير الانتحاري ومنع محاولة الانتحار. غير أنه يوجد بعض الأمور التي يمكن أن تقلل من خطر الانتحار:

تجنب تعاطي المخدرات واحتساء المشروبات الكحولية. يمكن أن يزيد تعاطي المخدرات الموهِمة بالترفيه والمشروبات الكحولية الأفكار الانتحارية سوءًا. كما يمكن أن تُضعف روادعك، وهذا يعني أنك على الأغلب تتصرف وفقًا لما تمليه عليك أفكارك.

كوّن شبكة دعم قوية. وهي قد تتضمن العائلة، والأصدقاء، وأعضاء الكنيسة، أو المسجد أو المعبد الذي تقصده أو غيرها من أماكن العبادة. وقد ثبت أن الممارسات الدينية تساعد على تقليل خطر الانتحار.

مارِسِ النشاط البدني. كما ثبت أن النشاط البدني وممارسة التمارين يساعد على تقليل أعراض الاكتئاب. فكِّر في المشي، أو الركض، أو ممارسة السباحة، أو العمل في بستان، أو أي نوع آخر من النشاط البدني الذي تستمتع به.

لا تحاولْ إدارة الأفكار الانتحارية أو السلوك الانتحاري بنفسك. تحتاج إلى المساعدة المهنية والدعم للتغلُّب على المشاكل المرتبطة بالتفكير الانتحاري. علاوة على ذلك:

اذهبْ إلى المواعيد. لا تهملْ جلسات العلاج أو مواعيد الطبيب، حتى لو كنتَ لا ترغب في الذهاب أو لا تشعر أنكَ بحاجة إليه.

تناولِ الأدوية حَسَب التوجيهات. حتى إذا كنتَ تشعر بتحسُّن، فلا تتوقفْ عن تَناوُل الأدوية الخاصة بك. إذا توقفتَ، قد تعود إليكَ أفكاركَ الانتحارية. قد تعاني أيضًا أعراضًا تشبه الانسحاب منذ توقُّف تَناوُل مضادات الاكتئاب أو الأدوية الأخرى فجأةً.

تعلَّم المزيد عن حالتك. تثقيف نفسك عن حالتك يمكنك ويحفزك على الالتزام بخطة علاجك. إذا كنتَ تعاني من الاكتئاب، على سبيل المثال، تعرَّفْ على أسبابه وعلاجاته.

انتبِهْ لعلامات التحذير. اعملْ مع طبيبكَ أو اختصاصي العلاج؛ لمعرفة ما قد يثير مشاعركَ الانتحارية. تعلَّمْ كيفية اكتشاف علامات الخطر، وتحديد الخطوات التي يجب اتخاذها في وقت مبكر. اتصلْ بطبيبكَ أو معالجكَ إن لاحظتَ أي تغييرات في شعورك. انظرْ في إشراك أفراد الأسرة أو الأصدقاء لمراقبة علامات التحذير.

ضَعْ خطة بحيث تكون مستعدًّا لما يجب فعله إذا ما عادت الأفكار الانتحارية. قد ترغب في إبرام اتفاق مكتوب مع أحد مقدِّمي خِدْمات الصحة العقلية أو شخص عزيز عليكَ؛ لمساعدتكَ في توقُّع الخطوات الصحيحة التي يجب اتخاذها عندما لا يكون لديكَ أفضل حكم. إن توضيح نيتكَ الانتحارية بوضوح مع اختصاصي العلاج يجعل من الممكن توقُّعها ومعالجتها.

أَزِلِ الوسائل التي من المحتمَل أن تستخدمها لقتل نفسك. إذا كنتَ تعتقد أنكَ قد تتصرف بِناءً على أفكار انتحارية، فتخلَّصْ فورًا من أي وسيلة محتمَلة لقتل نفسكَ، مثل الأسلحة النارية، أو السكاكين، أو الأدوية الخطرة. إذا كنتَ تتناول أدوية تحتوي على جرعة زائدة، فوفِّر أحد أفراد الأسرة أو صديقًا لك ليعطيكَ الأدوية كما هي موصوفة.

اطلبِ المساعدة من مجموعة الدعم. هناك عدد من المنظمات المتاحة لمساعدتكَ في التعامل مع التفكير الانتحاري، والاعتراف بأن هناك العديد من الخيارات في حياتكَ غير الانتحار.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

- اشرح كيف يتم الفحص المبدئي والقبول والتوجيه في البرنامج الذي تعمل أو تدرب فيه أو البرنامج الذي تخرجت منه؟ من يقوم عادة بهذه الوظائف وكيف في رأيك يمكن تحسن الأداء فيها؟

- أذكر حالة عميل تعرفه واشرح كيف تم تقييم الحالة وكيف تم وضع الخطة العلاجية؟

- أذكر 3 أهداف علاجية قد تتكرر عند كل الذين يلتحقون ببرنامج إعادة التأهيل في أول شهر من التحاقهم و3 أهداف قد تختلف من عميل لآخر.

- أعط لنفسك درجة من عشرة في صفات المشير الجيد الخمس المذكورة في هذه المقدمة.

- أذكر أزمة مررت أنت بها أثناء علاجك أو مر بها شخص تعرفه. كيف تم التعامل مع هذه الأزمة؟

- ما هي أهم المعوقات التي قد تعوق تحويل العميل لشخص متخصص من خارج البرنامج في رأيك؟

- ماهي أهم المعايير المهنية والأخلاقية التي يجب اتباعها أثناء عملية الاستشارة الداخلية؟

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

صحتك (2017) صديقك يفكر في الانتحار كيف تتصرف

https://www.sehatok.com/psychology/2017/9/13

مايو كلينيك (2021) الانتحار: ما الذي تفعله عندما يفكر أحد في الانتحار

https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/suicide/in-depth/suicide/art-20044707

مايو كلينيك (2021) الانتحار والأفكار الانتحارية

https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054

References and Further Readings

California Consortiu, of Addiction Programs and Professionals (2017) Certification CADC I/II-Handbook, https://ccapp.us/site_media/media/attachments/flatpages_flatpage/44/ADC%20Credentialing%20Handbook%2010-22-17.pdf, accessed 16 August 2020

Carrigan, C. G., & Lynch, D. J. (2003). Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 5(4), 169–174. https://doi.org/10.4088/pcc.v05n0405

Florin, J. (2012) An Overlooked Skill for Counselors: Writing, Addiction Professional, Psychiatry & Behavioural Health Learning Network. https://psychcongress.com/node/720 accessed 16 August 2020

Jacobs (2010) Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behavior. Work Group on Suicidal .Behaviors: Jacobs, D. Chair

file:///C:/Users/ehabe/OneDrive/Desktop/Psych%20Updates%20Writ%2021/suicide%20APA.pdf

Phelps, L. L. (2011) Intervention, Treatment and Recovery, .Kendall/Hunt Publishing Company

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services (2005) Addiction Counselling Competencies: The Knowledge, Skills and Attitudes of .Professional Practice, Rockville, Maryland

SAMHSA (2016) Substance Use and Suicide a Nexus Requiring a .Public Health Approach

file:///C:/Users/ehabe/OneDrive/Desktop/Drugs%20Update%2020/SAMHSA_SbstncUsSuicdNxsPblcHlthAprch2016.pdf

SAMHSA (2008) Substance Abuse & Suicide Prevention: Evidence .& Implications

http:// www.samhsa.gove/matrix2/508suicidepreventionpaperfinal.pdf

الفصل الأول

تيسير ال ١٢ خطوة

نناقش في الفصل الأول التمايزات بين تيسير الـ12 خطوة والانضمام لزمالات الـ12 خطوة مثل زمالة المدمنين المجهولين. حيث الأول هو مدخل للمشورة للمدمنين يمكن أن يطبقه أي مشير أو معالج، حتى لو لم يكن من خلفية تعافي من سلوكيات إدمانية. بينما الثاني يتطلب أن تكون مدمنًا متعافيًا. ونوضح الفروق بين طبيعة ونشأة برنامج الـ 12 خطوة ونشرح الخطوات والتقاليد ونقدم الكتب والأدبيات المعاونة، كما نقدم أمثلة عن طبيعة بعض اجتماعات الـ 12 خطوة. ونشرح الفروق بين مشرف برنامج الـ 12 خطوة والمشير الذي يقوم بتيسير تقديم العميل لبرنامج الـ12 خطوة، وحضوره لاجتماعات أحد الزمالات واستفادته من كل جوانب برنامج الـ 12 خطوة، وحل المشاكل التي قد تمنعه من الاشتراك في البرنامج والإجابة على تخوفاته من البرنامج. لكن تيسير الـ12 خطوة يتطلب أيضًا معرفة بهذا البرنامج بشيء من التفصيل، لذا نقدم أيضًا ملخصًا وافيًا للخطوات الاثنتي عشرة ونذكر التقاليد الاثنى عشر أيضًا.

نشأ برنامج ال 12-خطوة في مدينة أكرون بولاية أوهايو بالولايات المتحدة عام 1938 عندما اجتمعا اثنان من مدمني الخمر المنقطعين عن التعاطي ليساندا بعضهما في طريق تعافيهما. هما الطبيب الجراح بوب سميث (بوب أس) ورجل الإعمال بيل ويلسون (بيل دبليو). كانت آخر نقطة خمر يشربها بيل في 10 يونيو 1935. وهو اليوم الذي يعتبر مولد كل زمالات الاثنا عشر خطوة. بعد فترة من اجتماعات بيل دبليو وبوب أس كتب بيل المبادئ التي رأى أنها ساعدتهما على التعافي في اثني عشر خطوة. وبدأ بيل وبوب في نقل الرسالة إلى آخرين وتأسست بالتالي «زمالة» تلقائية من مدمني الخمر المجهولينAlcoholics Anonymous (AA) ، يجتمعون في اجتماعات يومية لا يقودها مهنيين بل يقودها المدمنين المتعافين أنفسهم ويستأجرون لغرض هذه الاجتماعات «غرف» في أماكن خيرية أو عامة غالبا بأجرة رمزية يجمعونها من مبالغ بسيطة يتبرع بها الأعضاء لدفع الإيجار الرمزي وربما شراء قهوة وشاي وكعك يتناولونه معًا بعد الاجتماعات. ورويدًا كتبوا تفاصيل الخطوات الاثنا عشر والتقاليد الاثنا عشر. وجمع مدمني الخمر المجهولين خبراتهم حتى تم نشر كتاب مدمني الخمر المجهولين (الكتاب الكبيرThe Big Book) في نُشر

وفي عام 1953 أسس جيمي كينون Jimmy Kinnon (جيمي كيه) زمالة المدمنين المجهولين Narcotics Anonymous (NA) ونشر كتيب صغير (الكتيب الأبيض) بينما ظل الكتاب الكبير مرجع ال 12-خطوة الرئيسي. وفي عام 1983 نشر الكتاب الأزرق للمدمنين المجهولين (أو النص الأساسي Basic Text (ومن وقتها نمت زمالة المدمنين المجهولين بشكل مهول ودخلت الزمالة مصر في 1989. وفي عام 2020 بلغت اجتماعات المدمنين المجهولين الأسبوعية 67 ألف اجتماع تنعقد أسبوعياً في 139 دولة.

واليوم عشرات الزمالات تقدم فرص لاجتماعات مجانية لجميع السلوكيات الإدمانية على سبيل المثال: زمالة مدمني الكوكايين المجهولين وزمالة مدمني الأكل المجهولين وزمالة المقامرين المجهولين وزمالة الاعتمادية المتواطئة Codependent Anonymous وزمالة مدمني

الجنس المجهولين وغيرها، إضافة للزمالتين الأشهر الAA وال NA. كما أن هناك زمالات لمساندة أسر المدمنين المجهولين Families Anonymous وزمالة لأسر مدمني الكحول المجهولينAl-Anon وزمالة الأبناء البالغين لمدمني الكحول.

لجان الإدارة ومكتب الخدمة العالمي

ينتخب أعضاء الزمالة قادة يتغيرون كل مدة قصيرة (سنة عادة) لمهام مختلفة، وهم أيضًا متطوعين بلا أجر. وهناك لجان للعلاقات العامة ولجان للمستشفيات ولجان للكتب وهكذا في كل بلد ولجان للأقاليم الجغرافية الكبيرة ثم ينتخب منها مكتب خدمة عالمي World Service Office من متطوعين أيضاً يسند وينسق عمل الزمالة في كل العالم.

المكونات التطبيقية لبرنامج ال ١٢-خطوة

يتم تطبيق برنامج (الاثنا عشر خطوة) عن طريق ثلاثة وسائل هي:

الزمالة وأعضاء الزمالة: من خلال اجتماعات المدمنين المجهولين مثلاً والتي تتم سواء في غرف الزمالة التي لا تخضع لأي هيئه علاجية وقد تتم في مستشفى أو مجتمع علاجي على أن يكون معلنًا استقلال هذا الاجتماع عن المكان العلاجي وخضوعه لإشراف مكتب الخدمة العالمية ومجموعات إدارة الزمالة.

مشرف الخطوات: هو شخص نجح في تطبيق برنامج ال12 –خطوة وتعافى من خلاله، ويقوم بتقديم المساعدة في تطبيق الخطوات متطوعًا لمن يطلب منه هذا من المدمنين المتعافين المستجدين.

أدبيات الزمالة: لكل زمالة أدبياتها الخاصة بها أي كتبها وكتيباتها ونشراتها التعريفية والتوعوية التي يقرها مكتب الخدمة العالمي لتلك الزمالة بالذات.

١. المجموعات أو اجتماعات الزمالات

وتسمى اجتماعات هذه الزمالات أيضًا مجموعات الدعم الذاتي أو المساندة الذاتية. وعادة تبدأ الاجتماعات هذه في الانعقاد في غرفة يومًا في الأسبوع وقد يتكرر. وعندما تقوى الزمالة في منطقة يمكن للمتعافين أن يجدوا اجتماعات يومية يحضروها. وتبدأ الاجتماعات دائمًا بدعاء وتنتهي بدعاء أيضًا، مثل دعاء السكينة: اللهم امنحنا السكينة لنتقبل الأشياء التي لا نستطيع تغييرها

والشجاعة لتغيير الأشياء التي نستطيع تغييرها

والحكمة لمعرفة الفرق بينهما.

وتتنوع أشكال وأنواع هذه الاجتماعات مثلا:

اجتماع الخطوات: تتم فيه قراءة خطوة ومشاركة انطباعات وخبرات الحاضرين في هذه الخطوة.

اجتماع المتحدث: يشارك أحد المدمنين المتعافين قصته وخبراته تفصيلاً وثم يطلب مدير الاجتماع مشاركات الأعضاء في «التشابهات» بين قصته وقصتهم.

اجتماع العصا «الستيك» حيث يسحب الحاضرون عصي قصيرة في آخرها كلمة مثل الأمل أو الخطوات أو التعافي أو التسامح الخ. وتدور المشاركات حول هذه الكلمة.

٢. مشرف البرنامج أو موجه الخطوات

وفي هذه المجموعات يتم تشجيع المدمنين على اتخاذ «مشرف خطوات» أو «مشرف برنامج» من المتعافين الذين أنهوا الخطوات وتعافوا من مدة بناء على ارتياح المستجد إلى شخصية وجودة تعافي عضو الزمالة القديم. بعدما يختار المدمن المتعافي المستجد (النيو كمر new comer) مشرفه ويطلب منه أن يكون موجه له في البرنامج يحق للموجه أن يقبل أو يعتذر. فإذا وافق يبدأ المشرف بتوجيه المدمن بكيفية تطبيق الخطوات في حياته ويقترح عليه قراءات من الكتاب الأساسي أو كتب تأملات ال 12- خطوة أو كتب مساعدة أخرى كما يقترح عليه مشاركة آخرين خاصة من الزملاء (الفيلوز Fellows) ويراجع معه مبادئ الخطوات مثل الاعتراف بالعجز ومن ثم عدم مخالطة أي مستخدم للمواد المخدرة والكحول. وغيرها من المبادئ. مشرف الخطوات متطوع وهو ليس مهني ولا مدرب لأنه ينقل ما حدث معه من مشرف خطواته هو إلى الذين يشرف عليهم. مشرف الخطوات يقوم بهذا العمل التطوعي لكي يحافظ على تعافيه هو أيضًا: نحن نحتفظ فقط بما نعطيه للآخرين.

٣- أدبيات الزمالة

زمالة مدمني الخمر لها أدبيات مختلفة عن زمالة مدمني المخدرات وغير زمالة مدمني الجنس أو القمار.

مثلاً زمالة المدمنين المجهولين أو Narcotics Anonymous أو NA، توفر عددًا كبيرًا من الأدبيات مثل:

الكتاب الأزرق أو كتاب المدمنين المجهولين- النص الأساسي: ويضم مبادئْ ال 12 خطوة باختصار في بعض فصول الكتاب. كما تتناول فصول أخرى خبرات متعافين سابقين. وهو كتاب محوري للزمالة ويقترح على كل مدمن متعافي أن يملك نسخة منه.

كتاب «كيف ولماذا» (How and Why): وهو يحتوي على 12 خطوة مع الشرح باستفاضة وبالتفصيل، كما يحتوي على 12 تقليد خاص بالزمالة، وتقاليد الزمالة هي الدستور للزمالة الذي ينظم كل الأمور الخاصة بها، ويتم اعتباره على أنه القانون. ويوضح الكتاب عناصر فعالية البرنامج مستندًا أيضًا إلى خبرات مدمنين مخدرات متعافين.

كتاب (Step working Guide) أو «مرشد عمل الخطوات»: وهو يتناول ال 12 خطوة ولكن في شكل أسئلة توجه إلى الشخص الذي يحاول تطبيق برنامج 12 خطوة، تساعده في التعرف على نفسه والدور الذي يجب عليه القيام به.

كتاب تأملات «لليوم فقط»: وهو عباره عن مجموعه من التأملات اليومية بمجموع 365 بعدد أيام السنة، ويتضمن كل يوم تامل جديد برسالة مختلفة يبدأ التأمل بسطر أو فقرة قصيرة كأنها حكمة اليوم، ثم تفاعلات بعض المتعافين وخبراتهم مع هذه «الحكمة» ثم دعاء قصير من سطر أو سطرين.

بالإضافة الى العديد من الكتيبات الصغيرة التي تحتوي على خبرات التعافي أو تجيب عن أسئلة محددة.

تيسير ال ١٢- خطوة

ورغم أن هذه الزمالات لم تنشأ من خلال المعامل الطبية أو أبحاث علم النفس إلا أن العلماء تناولوها بالفحص والدراسة وبدأ كثير من الأطباء والمعالجين النفسيين والمشيرين ومهني الإدمان في تحويل المدمنين إلى حضور هذه الاجتماعات وتشجيعهم على حضورها وتعريفهم بأعضاء للزمالة يرافقونهم لحضور هذه الاجتماعات.

مشروع توفيق احتياجات العملاء المتنوعة للعلاج المطلوب Project MATCH قارن نتائج المقابلات الدافعية بنتائج العلاج المعرفي السلوكي ونتائج ما أسماه تيسير ال12-خطوة وأظهرت النتائج الفعالية العالية لعلاج تيسير ال 12- خطوة. تكلف هذا المشروع البحثي 27 مليون دولار. وأعلنت نتائجه عام 1997. ومن أهم مخرجاته دليل عملي مفصل لكيف يقوم مهني الإدمان أو المعالج بتيسير العلاج بال 12 -خطوة Twelve Step Facilitation Therapy (TSF).

لا يستطيع المهني أن يقوم بدور «مشرف الخطوات» كجزء من أداء مهنته، لكن يمكن القيام إن كان من خلفية تعافي أن يقوم بهذا كخدمة متطوعة. ومن جهة أخرى لا يلزم أن يكون من خلفية تعافي من الإدمان ليقوم بتيسير العلاج بال 12 – خطوة. إنما هو:

يشرح للعميل ماهي الخطوات بصورة عامة وماهي الاجتماعات.

يشجعه على الحضور وقد يعرفه على عضو في الزمالة ليرافقه للاجتماع ويعرفه على الحاضرين.

يجاوب على أسئلته ويطمئنه في حالة أي تخوفات.

يقدم له البراهين العلمية والعملية على فاعلية ال 12-خطوة.

يتابع تفاعلاته مع البرنامج ويذلل له الصعوبات النفسية التي قد تواجهه أثناء حضور ال 12خطوة.

قد يقوم بتيسير قراءة أدبيات ال 12خطوة أو شرحها للعميل.

وفي المجتمعات العلاجية يتم عقد مجموعات وأنشطة تدعم عمل ال 12خطوة مثل اجتماعات التأملات حيث يتم قراءة صفحة من كتب تأملات ال 12خطوة في وسط مجموعة ويطلب الميسر من أعضاء المجموعة مشاركة انطباعاتهم على هذا التأمل أو اجتماع الدراسات حيث تتم دراسة جماعية لكتب ال 12خطوة ويقوم الميسر بإجابة أسئلة الحاضرين عليها، وهكذا.

ما هي الخطوات الإثنا عشر؟

هي أسلوب للحياة مبني على مبادئ روحية مكتوبة ببساطة في شكل مرقّم من 1 إلى 12 بتسلسل بسيط.

ال 12 خطوة عبارة عن 12 مبدأ يجب اتباعها للمساعدة في تجنب الانتكاسة، وفي الاستمرار في التعافي، والتوقف عن التعاطي أو السلوك الإدماني. إن قرار التوقف عن تعاطي المواد المخدرة أو

أي سلوك إدماني أخر هو قرار سهل مقارنة بالاستمرار في الامتناع وهو القرار الأصعب؛ حيث يعتبر كل يوم بمثابة صراع مع «مرض الإدمان». ويجب المحاولة كل يوم حتى نستمر في التبطيل.

ففي زمالة المدمنين المجهولين على سبيل المثال: «نقوم بالدعاء كل يوم أن يساعدنا الله في عدم تعاطي المخدرات اليوم، يتم التعامل مع صراعات كل يوم بيومه، ونتحدى مرض الادمان كل يوم حتى نتجنب خطر الانتكاسة».

الخطوات الإثنا عشر

يجب على المشير الذي يحاول تطبيق تيسير ال12 خطوة أن يتمكن من فهم هذه الخطوات بصورة كافية لكي يشجع العميل على فهمها وتطبيقها ولكي يجاوب على تساؤلاته أو مخاوفه.

الخطوة الأولى

اعترفنا أننا كنا بلا قوة تجاه إدماننا ل......، وأن حياتنا أصبحت غير قابلة للإدارة.

نلاحظ استخدام صيغة الجمع وصيغه الماضي في الخطوة الأولى كما في جميع الخطوات التالية. وذلك لتضمين أن أهم مبادى برنامج ال 12خطوة هو التعافي الجماعي. وتوكيد قوة المجموعة في تطبيق البرنامج وتحقيق النجاح والتعافي. «نحن نستطيع» تدل على أننا معًا كمجموعة نستطيع التغلب على إدماننا، بينما لا يستطيع المدمن الفرد التخلص من عادة الإدمان وحده بدون مساعدة من مجموعة تواجه نفس التحديات وتشاركه الخبرات.

الشعور بأنه وحيد يجعل المدمن ضعيفًا تجاه الإدمان ومعرَّضًا للسقوط. ولذلك، ستجد دائمًا استخدام صيغة الجماعة: اعترفنا - نحن – أننا وهلمَّ جرًّا.

كما يدل استخدام صيغة الماضي على اعتبار أن من سبقونا اعترفوا أنهم بلا قوة Powerless تجاه الإدمان ومن ثم استطاعوا التغلب على إدمانهم. استخدام صيغه الماضي يعطي الإحساس باستكمال ما بدأه السابقون.

أهم جزء في الخطوة الاولى والذي يعتبر أساس التعافي الذي لا غنى عنه هو الاعتراف. الاعتراف بعدم امتلاك القوة تجاه إدماننا، الاعتراف بالضعف تجاه الإدمان، وأن الإدمان أقوى منك، وكل صراع تخوضه ضده يتغلب فيه إدمانك عليك. فالاعتراف يجنب المدمن الدخول في هذه الصراعات، ويمكنه من معرفة نفسه أكثر ويعطيه القدرة على تجنب الصراع وعلى طلب المساعدة.

تطرح الخطوة الأولى هذه الأسئلة والتحديات على المدمن فتقول له:

حتى تستطيع البدء في تطبيق الخطوة الأولى من البرنامج يجب أن تطرح على نفسك هذا التساؤل أو ربما يطرحه عليك شخص أخر:

هل أنت فعلاً قادر على التحكم في تعاطيك للمواد المخدرة؟ أم لا؟

حتى تبدأ بتطبيق الخطوة الأولى يجب أن تكون الإجابة على هذا التساؤل هي (لا).

عندئذ تكون وصلت لمرحلة أيقنت عندها أنك لا تستطيع التحكم في إدمانك، ولا تستطيع الاستمرار في تلك العادة المدمرة، وأنك فقدت السيطرة على إدمانك. وتسمى هذا المرحلة بالوصول إلى القاع أو الحضيض. المرحلة التي تصل فيها إلى أقصى خسارة وتدمير في حياتك.

وكل مرة تقرر أنك سوف تتوقف عن الإدمان عندما تستقر حياتك، أو أنك سوف تقلل تعاطي المواد المخدرة، أو أنك سوف تتعاطي مادة مخدرة أقل خطورة مما تتعاطاها الآن، عندما يتكرر الفشل في الاستمرار في أي من هذه القرارات، وتصطدم كمدمن بالقاع، نستطيع حينها الوصول إلى إجابة صادقة على هذا التساؤل:

هل أنا أستطيع التحكم في إدماني؟ وستجد الإجابة واضحة وصريحة أمامك: (لا. لا أستطيع التحكم في إدماني).

إذا كانت الإجابة هي (لا)، عندئذ نستطيع بكل بساطه الاعتراف، وتبدأ بتطبيق الجزء الأول من الخطوة الأولى:

أنا بلا قوة تجاه إدماني

بعد الاعتراف أنك بلا قوة تجاه إدمانك، سوف تحتاج إلى القوة من أجل السيطرة على الإدمان.

كيف يمكنك تطبيق هذا الاعتراف؟ وكيف يمكنك التعايش بناءًا على هذا الاعتراف؟

يمكن تطبيق اعتراف الخطوة الأولى عن طريق:

البعد عن ثلاث أشياء (أماكن - أشخاص – أشياء أو أدوات)

الأماكن التي اعتدت التعاطي فيها، واعتدت على قضاء الوقت فيها عند التعاطي، أو أماكن اعتدت أن تشتري منها المواد المخدرة.

الأشخاص التي اعتدت التعامل معهم أثناء ادمانك، واعتدت مقابلتهم لتعاطي المخدرات معًا، بل أن كل شخص يتعامل مع المخدرات بأي شكل من الأشكال هو بالنسبة لك مؤشر لخطر، ويجب عليك قطع علاقتك معه فورًا.

الأدوات التي اعتدت على استخدامها أثناء تعاطيك للمخدرات يجب عليك التخلص منها فورًا، وعدم استخدامها مرة أخرى.

يجب الابتعاد عن أو التخلص من هذه الثلاثة من أجل البدء بتطبيق أول خطوة في برنامج ال 12 – خطوة. لأن هذا الجزء يتضمن اعترافك أنك بلا قوة تجاه إدمانك، واعترافك ضمنيًا أن عليك الابتعاد عن الأماكن التي اعتدت التعاطي فيها، والأشخاص الذين اعتدت التعاطي معهم. لأنك تعترف أنك إذا رأيت المخدرات فإنك سوف تضعف وتعود إلى التعاطي. ولذلك، فإن اتباعك هذه الشروط يُدخل الاعتراف محل التنفيذ، وأنك تعديت مرحلة القول فقط.

بالإضافة إلى أن الأعياد والمناسبات من أكثر الأوقات التي تثير رغبة التعاطي، وكذا أحيانًا تغيير الفصول.

الاعتراف أنك بلا قوة تجاه إدمانك يجعلك تبحث عن مصدر جديد للقوة. وهم أعضاء الزمالة

نفسهم.

الفكرة الرئيسية في الزمالة هي مساعدة بعضنا البعض. فنحن في زمالة المدمنين المجهولين نؤمن أن المدمن المتعافي لديه قدرة فريدة على مساعدة مدمن آخر على التعافي. ليس الوحيد القادر على مساعدته على التعافي، ولكنه في نقل القوة اللازمة للتعافي لعله الأنسب، لأنه يفهم ما يمر به المدمن من تحديات وصعاب، وبالتالي يستطيع مساعدته لأنه مر بنفس تجربته، وكان قادرًا على تخطى الصعاب.

الجزء الثاني من الخطوة الأولى هو الاعتراف بأن حياتك أصبحت غير قابلة للإدارة

يجب عليك تأمل حياتك السابقة، وأن تقوم بتحليلها جيدًا. لتكتشف كيف أنك غير قادر على إدارة حياتك. وكما أنك تحتاج مساعدة للتخلص من الإدمان، فإنك أيضا ستحتاج للمساعدة في إدارة حياتك الجديدة بعد التوقف عن التعاطي.

الاعتراف يجب أن يتضمن هذين الجزئين، وهو أنك بلا قوة تجاه إدمانك، وأن حياتك غير قابلة للإدارة. فحياتك تساوي تعافيك، وتعافيك يساوي حياتك. وكلما تعافيت من إدمانك، كلما أصبحت أكثر قابلية للتحكم في إدارة حياتك، وكلما استطعت إدارة حياتك كلما كان تعافيك أكثر قوة وهكذا.

مفهوم المرض في ال ١٢-خطوة

لدى برنامج ال 12 خطوة منظور خاص تجاه الإدمان. الإدمان من منظور ال 12 خطوة ليس مجرد «اضطراب نفسي» بل هو مرض أولي: عقلي وجسدي وروحي:

مرض أولي وليس بالضرورة له أسباب نفسية خفية. وحل أي أسباب أدت إلى ظهور المرض لا يعالج بالضرورة هذا المرض. مرض الإدمان هو كالحساسية من الفراولة. مثلاً: مدمن المخدرات لديه حساسية من كافة المواد المغيرة للحالة المزاجية، وإذا استخدم أيًا منها يعمل مرضه فورًا على تدهوره في مزيد من التعاطي، وتدهور كافة جوانب حياته.

يتلخص الجانب العقلي في التفكير في التعاطي أو ما يسمى بالفكرة المسيطرة والرغبة الملحة في التعاطي والاستمرار في التعاطي. لذلك نتعلم في البرنامج كيفية التعامل مع الفكرة الملحة بالدعاء للرب بإعطائك القوة لتجنب المخدرات، وعن طريق المشاركة مع أعضاء الزمالة الأخرين.

يتلخص الجانب الجسدي في الاضطرار إلى تعاطي المخدرات لأن الجسد يحتاج إليها. وتعاني عند التوقف من أعراض انسحاب المخدر التي لا تستطيع تحملها، ولذلك تستمر في تعاطى المخدرات.

يتلخص الجانب الروحي في تمحورنا حول أنفسنا أثناء الإدمان النشط. حيث لا تستطيع التفكير في أي شخص أخر غير نفسك. لا يهمك أي شيء أخر - سواء عائلتك أو عملك أو واجباتك الروحية أو الدينية - فأهم شخص بالنسبة لك هو أنت، وكيف تحصل على جرعتك القادمة حتى تشعر بالانتشاء والراحة. ويعتبر الجانب الروحي من أصعب جوانب مرض الإدمان لأنه يُظهر مدى الألم عند التعافي. فالأعراض الانسحابية للجانب الجسدي لمرض الادمان تنتهي بعد أسبوع من التبطيل. حيث يبدأ الجسد بسحب السموم من الجسم، ويسترد الجسد عافيته. أما بالنسبة للجانب العقلي، تضعف الفكرة المسيطرة والرغبة الملحة مع الاستمرار في التعافي يومًا بعد يوم. ولكن

يستمر الاحتياج للتعامل مع الجانب الروحي والفراغ الروحي داخلنا.

الإنكار

الإنكار هو جانب من مرض الإدمان، يجعل من الصعب الاعتراف بالواقع. يعاني معظم المدمنين من الإنكار، ولديهم دائمًا تبريرات لكل فعل من أفعالهم، ولديهم إسقاطات على جميع من حولهم، فيرون فيهم المشكلة، ويلقون باللوم عليهم: أنتم السبب في إدماني.

من أهم العوامل التي تساعد في التعافي هي أن يستطيع المدمن أن يكسر إنكاره بنفسه، حتى يستطيع أن يرى الحقيقة كاملة. وهنا، يأتي دور أعضاء الزمالة في مساعدة المدمن على إدراك الحقيقة، عن طريق مشاركة الخبرات السابقة من المدمنين المتعافين. يتم ذلك من خلال معرفة كيف قام المدمنين المتعافين بمواجهة أنفسهم، وكيف أصبحوا صادقين أمام أنفسهم. حينئذ يبدأ إنكارنا بالانكسار، ونبدأ في رؤية الصورة الحقيقية الكاملة، وإدراك أن المشكلة تكمن فينا وليس في الأخرين، وأننا نحن من ندمر أنفسنا وليس الأخرين، وأن كل ما نفعله ليس له مبرر سوى أننا نعاني من مرض الإدمان. ويجب علينا التوقف فورًا عن التعاطي والبدء في التغيير.

التحفظات

التحفظات أو عدم الاستعداد للتخلي عن أفكار معينة أو سلوكيات معينة هي من العوامل التي تؤخر التعافي. معظم من يرغبون في التوقف عن التعاطي يكون لديهم الكثير من التحفظات؛ من ناحية هم يريدون التوقف وعلاج إدمانهم لأنه دمر حياتهم، ولكن من ناحية أخرى قد يكون لديهم تحفظات لا يريدون التخلي بالكامل عنها من تفكير وسلوكيات اعتادوا عليها.

التحفظات هي شروط يضعها المدمن من أجل أن يقوم برحلة التعافي. كأن المدمن يقول أنه سوف يستمر في التوقف عن التعاطي طالما شروطه مستوفاة. مثلاً، قد يوافق المدمن على التوقف عن مقابلة جميع الاشخاص الذين اعتاد التعاطي معهم ماعدا شخص واحد. أو يقرر أنه سوف يرجع إلى تعاطي المخدرات عندما تتحسن حياته لأنه سيقوم حينها بالسيطرة أكثر على إدمانه. أو أنه سينفذ عدد معين من الخطوات فقط لأن الباقي لا يناسبه. وهكذا تتعدد أشكال التحفظات، وتعتبر كلها ثغرة تمهد للانتكاسة ما لم نتخلى عنها.

كيف نتخلى عن التحفظات؟

أن نناقش هذه التحفظات مع أعضاء الزمالة، وننصت ونناقش اقتراحاتهم في التعامل مع هذه التحفظات. كلما كان المدمن أكثر استسلامًا لفكرة التوقف عن التعاطي، كلما كانت تحفظاته أقل. فالتحفظات دليل على عدم الاستعداد الكامل للتعافي.

أهم مبادئ الخطوة الأولى

التسليم: المقصود به التسليم للبرنامج، والتسليم لخبرات المتعافين السابقين، والتسليم بأنك ستتبع نفس الطريق الذي اتبعه السابقين، لأنهم سيوفرون لك الإرشاد اللازم لتجنب الانتكاسة. لذلك يجب عليك التمتع بالانفتاح الذهني حتى تستطيع التسليم.

التفتح الذهني: وهو أن تسلم لفكرة عدم استطاعتك مساعدة نفسك بنفسك. فأنت تحتاج لفكرة جديدة من البرنامج، أو من خبرات السابقين حتى تستطيع مساعدة نفسك. أن تكون مستعداً لتجربة أفكار جديدة.

الأمانة مع النفس: يجب أن تكون أمينًا مع نفسك من أجل أن تتعافي من الإدمان، ومن أجل أن تتمكن من تطبيق برنامج ال 12 خطوة. يجب أن تري نفسك بصدق حتى تستطيع أن تعبر عن نفسك بصدق وبأمانة. وعندما تشارك مع موجهك تكون صادقًا، وأن تعي ما فعلته المخدرات بحياتك، وترى بصدق تأثيرها عليك، وأن تتحدث عن كل المشاكل التي واجهتها في إدمانك، حتى وصولك للحضيض. فالصدق مع النفس من أهم مبادئ البرنامج.

كما يجب أن تتكلم بصدق، وتعبر عن مشاعرك بصدق، لأنها تعتبر واحدة من مفاتيح البرنامج، وبدونها لا يمكن تطبيقه.

المتعافي غير مطالب أن يصبح صادقًا فجأة، وبدون أي تمهيدات، لأنه مر بتجربة قاسية وكان بعيدًا كل البعد عن الصدق. ولكن على الأقل، أن يكون صادقًا مع نفسه في مواجهه مشكلاته، وحين يتحدث عن مشاعره.

النية: المطلوب ليس الإرادة الحديدية والعزيمة الفولاذية كل المطلوب هو أن تكون النية willingness حاضرة. وكيف أن تكون النية دائمًا حاضرة؟ أو أن تكون لديك القوة على الاستمرار في التعافي؟ كيف تستحضر النية؟

تستحضر النية عن طريق معرفة:

من أين أتيت: المكان الذي أتيت منه، والحضيض الذي وصلت إليه. وكيف أنك لا تريد العودة إلى ذلك المكان مرة أخرى. هذا يعطى دفَعة لاستحضار النية. والاستمرار في التوقف عن تعاطى المخدرات عن طريق التنازل عن بعض الأشياء، وتغيير طريقة التفكير القديمة، والبعد عن بعض الأشخاص ذوي التأثير السلبي في سبيل استحضار النية.

إلى أين تذهب: مشاهدة تجارب المتعافين السابقين، وكيف تغيرت حياتهم للأحسن: التغيير في طريقة تفكيرهم، والاحترام المكتسب من الناس لهم، واسترجاعهم لمكانتهم الاجتماعية السابقة، بالإضافة إلى التحسن الملحوظ في الشكل الخارجي، والصحة الجسدية العامة. كل هذا يعطى دفعة لاستحضار النية حتى تصبح مثلهم.

الخطوة الثانية

أصبحنا نؤمن أن باستطاعة قوة أعظم منا أن تعيدنا للصواب.

يعتبر الكثيرون الخطوة الثانية إحدى أسهل الخطوات في البرنامج، وأن مَنْ يقوم بتطبيق برنامج 12 خطوة يمُرُّ عليها مرور الكرام، اعتقادًا منهم أنها خطوة غير مهمة؟ وأنها لا تتطلب أي مجهود أو تركيز. لكن بالرغم من أن الخطوة الثانية ليست بأهمية الخطوة الأولى، إلا أنها تعطي الدفعة المطلوبة لاستكمال باقي الخطوات. هي الخطوة التي ستبنى عليها باقي الخطوات، وتملأ الفراغات التي لم تستطع الخطوة الأولى أن تملأها.

بعد تطبيق الخطوة الأولى بنجاح، يعاني المتعالج من العديد من الفراغات، والإحساس بالعجز بعد الاعتراف بأنه بلا قوة تجاه إدمانه. ويعاني أيضًا من الإحساس بالخوف والخواء الروحي الشديد، الذي ينكشف بعد خسارته للمخدرات وبعد خسارته العديد من مهارات الحياة، أو ربما إدراكه أنه لم يكتسبها أصلًا. وأيضًا خسارة الأصدقاء وربما الأهل والأماكن التي اعتاد عليها. كما جرَّدته الأمانة مع النفس من أساليب المراوغة والتبرير التي كان يسلك طريقه بها. وجرّده كسر الإنكار من إسقاط عيوبه على الآخرين.

في الخطوة الأولى قمت بالاستغناء عن العديد من الأشياء في سبيل التعافي. وتأتي الخطوة الثانية لملء هذا الفراغ الروحي الناتج عن الخطوة الأولى عن طريق الإيمان. فالخطوة الأولى تشعرك بالعجز والمرض الذي تستطيع السيطرة عليه. لكن تأتي الخطوة الثانية لتعلمك أنه بالرغم من ضعفك وخوفك، إلا أن هناك قوة لو استخدمتها ستعيدك إلى الصواب.

تتمحور الخطوة الثانية حول البحث عن هذه القوة واستخدامها ومعرفة تأثيرها عليك. فكلما استخدمت هذه القوة بالطريقة الصحيحة، وشعرت بتأثيرها الإيجابي عليك، كلما زاد تأثير تلك القوة عليك. وبالتالي يزداد الإيمان. وكلما ازداد الإيمان كلما قل الشعور بالفراغ، وأخذ الشعور بالخواء الروحي يتبدل بالامتلاء.

الأمل

يبدأ المدمن رحلة التعافي باليأس من قدرته على التعافي. وربما يشعر أنه غير قادر على الاقتناع بقدرته على التغيير، أو أن حياته يمكن أن تتحول للأحسن، ولا يستطيع التصديق بوجود شيء قادر على مساعدته. لا يقتنع أنه توجد قوة أقوى من مرض الإدمان المسيطر عليه. حتى عندما قام بما تطلبه الخطوة الأولى لم تبعث فيه الاطمئنان، بل أكدت على أن المرض أقوى منه وأن الإدمان هو مرض صعب، ورأى سهولة التعرض للانتكاسة.

ولكن مع الاستمرار في التعافي وشُغل الخطوة الثانية، يبدأ بصيص من الأمل بالظهور. وتجد مَنْ يخبرك بقدرتك على التعافي، ويثق في قدراتك، وترى المتعافين السابقين، وكيف تغيرت حياتهم للأفضل، وأصبح الكثير منهم شخصًا منتجًا وإيجابيا في المجتمع. وتبدأ من هنا شرارة الأمل الذي يجعلك تعمل وتواصل مشوار التعافي. وعندما تبدأ بتجربة محتوى الخطوة الثانية ويزداد الأمل ويتحول إلى إيمان، يتم التحول من اليأس الناتج عن الخطوة الأولى إلى الإيمان.

من أهم القيم التي يجب أن نخرج بها من الخطوة الثانية: قيمة المشاركة ووجود أناس إيجابيين في حياتنا. فأول مهمة لنا أن نُقيم دائرة ثقة من الأعضاء الذين نثق فيهم، و نثق في إمكانياتهم من إعادتنا إلى الصواب .

أهم مبادئ الخطوة الثانية هي:

التفتح الذهني: كيف لنا أن نُدخل فكرة جديدة و قوة جديدة في حياتنا، و نستخدمها ونعطي لها فرصة أن تساعدنا.

التواضع: اعترافنا أننا بقوتنا فقط لا نستطيع العيش في حالة من الصواب، وأننا دائمًا وأبدًا نحتاج لقوة أعظم من أنفسنا.

الإيمان: الإيمان العملي بقوة أعظم يأتي بعد العمل على تطبيق الخطوة الثانية بالمشاركة والعودة التدريجية للصواب.

مفهوم عدم الصواب Insanity :

يتضمن الأفكار والتصرفات غير العاقلة، التي قد يدرك المدمن نفسه أنها لا تُعبِّرعما يقتنع به ولا تفيده أو تنفعه في شيء، ومع ذلك يستمر في تكرارها بالفكر والقول والفعل.

عملية التوصل للثقة والأمان:

تنتج عن الاستماع لخبرات الآخرين، ومن ثَمَّ رؤية مَنْ منهم جدير بالثقة. ثم مشاركة المشاعر والمشاكل والأسئلة والتحديات تدريجيًّا مع الأشخاص الذين نثق فيهم، غالبًا من أعضاء الزمالة (الفيلوز)، أو ممَّنْ يقدمون المساعدة للمدمن في هذه المرحلة. وتتزايد القدرة على المشاركة مع تزايد القدرة على الإنصات والشجاعة في مشاركة أعظم.

مفهوم القوة الأعظم ولماذا:

يستطيع كل مدمن أن يحدد فهمه عن القوة الأعظم: الله كما يفهم كل واحد منا. وهذه ليست مسألة عقائدية بقدر ماهي متعلقة بوعي وإدراك واستعداد كل منا. ومع النمو تزداد الصورة وضوحًا في داخلنا، ونتخلى عن مفاهيم خاطئة، ونبني مفاهيم أكثر صحة. قد تضم الزمالة أناس من خلفيات دينية أو مذهبية متنوعة، لكن كلنا يمكن أن نرى تشابهنا في أن كل منا له قوة أعظم منه.

العودة للصواب (طلب المساندة):

مع الاستمرار في الدعاء والقراءات وحضور الاجتماعات، يبدأ المدمن في رؤية أوجه عدم الصواب في حياته. ومن خلال طلب المساعدة والمساندة من الآخرين، يبدأ في تصويب أفكاره وقراراته والعودة إلى التصرفات العاقلة أو الصائبة.

الخطوة الثالثة

اتخذنا قرار بتوكيل (أو تسليم) حياتنا وإرادتنا لعناية الله على قدر فهم كل منا له.

الخطوة الثالثة هي خطوة روحية بامتياز. وفيها تقرُّب بشكل كبير إلى القوة العظمى. هي ليست خطوة دينية، ولكن روحية، حيث لكل شخص حرية اختيار قوته العظمى بناء على قناعاته، وليست مرتبطة بدين معين، بل باعتقاد كل شخص.

تأتي الخطوة الثالثة بعد الاعتراف بالعجز في الخطوة الأولى، واحترام مرض الإدمان، والتسليم للبرنامج، ولخبرات السابقين، وبعد الشعور بالأمل في الخطوة الثانية.

في الخطوة الثالثة يتحول هذا الأمل إلى الإيمان. بعدها نرتقي إلى رتبة أعلى، ومكانة أعلى. نلجأ إلى الله كما نفهمه، أو لقوتنا العظمى كما نفهمها. ونوكل إليه إرادتنا وحياتنا، ونترك كل تلك الهموم والمخاوف والصراعات والمشاكل والتخوفات من المستقبل والعناء من الماضي، وكل تشككنا من استمرارنا في التعافي، وما إذا كنا سنتعرض للانتكاس، وما إذا كانت حياتنا ستتغير فعلًا، وما إذا

كان المجتمع سيتقبلنا. هل سأستطيع العمل مرة أخرى أم لا؟ هل سأستطيع الزواج؟ وتحمل مسؤولية أسرة؟

تُوكِلْ كل هذه الصراعات وكل هذه التساؤلات، وتبدأ بتسليمها إلى الله: تتخذ قرارًا بتوكيل إرادتك وحياتك إلى الله كما تفهمه.

نبدأ الخطوة الثالثة بمعرفة ما الأمور التي سنقوم بتوكيلها إلى الله كما تفهمه؟ ما معنى أن تقوم بتوكيل إرادتك وحياتك لله؟

ما إرادتك؟

إرادتك أو إرادتك الذاتية، هي انغلاقك الفكري، وتمسكك بما تريد. وهي التحكم الخاص بك، وكيفية تمسكك بما تملكه، ورؤيتك المحدودة، وكيفية إدارة حياتك. هي أحاسيسك ومشاعرك، وأفكارك، وطموحاتك. وغضبك وحزنك ويأسك وأمالك وأفراحك. هي كل ما بداخلك: كل شهواتك وغرائزك واندفاعك وكل ما يحركك، وكل ما كان يتحكم فيك في الماضي.

هذا هو ما تحتاج اليوم إلى توكيله إلى الله. وأن تتوقف عن محاولة السيطرة عليه، أو بالأحرى أن تسمح له بالسيطرة عليك.

ما حياتك؟

حياتك التي سنقوم بتوكيلها إلى الله هي كل ما هو خارجك: مشاكلك وعلاقاتك الاجتماعية وظروفك الاقتصادية. مَنْ يقوم بتطبيق برنامج 12 خطوة عادة ما يعاني من العديد من المشاكل في حياته الشخصية والعملية، أو من علاقات مشوَّهة أو أشخاص فقدوا الثقة فيه. وقد تدهور غالبًا مظهره الاجتماعي. عادة ما يعاني أيضًا من مشاكل قانونية ومشاكل دراسية أو مهنية، ولديه مشاكل في معظم نواحي حياته.

عندما تأخذ القرار بالتعافي، تبقي كل هذه المشاكل والصراعات كما هي. ولن تُحل بالتوقف عن الإدمان، ولذلك سوف تحتاج لأن تقوم بتوكيل كل هذا إلى الله. وقبل أن تقوم بتوكيل حياتك وإرادتك، يجب أن تفهم كيف تقوم بذلك. توكيل كل شيء لله لا يعني ألا يكون لك دور في شيء، بل يجب عليك القيام بدورك وتترك الباقي على الله.

ويتضمن دورك العمل بالنصائح والتوجيهات التي تتلقاها من المحيطين بك والإنصات لهم. ويجب عليك استشارة المتعافين السابقين والمشاركة والسؤال عن دورك ومعرفته، لأنه دور غير محدد بمدة، أي لن تقوم به لمرة واحدة فقط، ولكن للمرة الثانية والثالثة وهكذا. وفي النهاية تترك النتائج على الله. وأيًّا كانت النتائج فسوف تتقبلها. ستشعر بأهمية التوكيل وبالخطوة الثالثة عندما تقوم بدورك الحقيقي. الدور الذي لا ينبع من غرائزك أو احتياجاتك أو إرادتك. بل هو الدور الذي ينبع من كيفية تقييمك للأمور اليوم، وتقييم واقتراحات الناس الذين يتمتعون بثقتك اليوم وماذا يقولون عندما تسألهم.

من المهم معرفة أن اتخاذ القرار بتوكيل إرادتك وحياتك إلى الله لن يتم من مرة واحدة. فستجد نفسك في العديد من المرات تتراجع إلى الأساليب القديمة. وترجع إلى محاولات سيطرتك القديمة وإلى إرادتك الذاتية القديمة. وتسحب قرار التوكيل إلى الله كما تفهمه، في ذلك الوقت يجب عليك

تجديد القرار مرة أخرى.

كيف يمكنك تجديد القرار مرة أخرى؟

يمكنك تجديد القرار مرة أخرى بالرجوع إلى الخطوة الأولى، ومعرفة نقاط عجزك وقلة حيلتك، وتحترم عجزك بأن تقر بأنك تعاني من مرض يتحكم فيك. وترجع إلى الخطوة الثانية، وتستعين بمساعدة الآخرين في حياتك، ومساعدة القوة العظمى، وتشارك مع متعافين سابقين حتى تخرج من إرادتك الذاتية، وتعرف دورك المحدود، وتترك الأمر إلى الله.

من المهم معرفة أن القرار الذي تتخذه هو قرار بالعمل، وليس قرارًا بالقول فقط. فمن السهل القول بأنك موكل حياتك وإرادتك إلى لله، ولكن في أقرب اختبار أو أقرب تحدى تجد نفسك تتعامل بإرادتك الذاتية. وعندما ينصحك الناس وتقوم بفعل العكس تمامًا. ومن هنا تعرف بأن القرار لم يكن صادقًا ولم يكن حقيقيًّا.

ولذلك قبل أن تأخذ قرار الخطوة الثالثة بأن تُوكِل إرادتك وحياتك إلى الله، يجب عليك أن تقوم بتطبيق الخطوة الأولى والثانية بطريقة صحيحة. وأن تكون فعلًا واثقًا في الله أو في قوتك العظمى كما تفهمها. وأن الله سيختار الاختيار الصحيح بالنسبة إليك. وأنه سيساعدك ويرشدك إلى الطريق الصحيح.

السعي في التقرب إلى الله كما تفهمه في الخطوة الثالثة مهم جدًا. يجب عليك محاولة التقرب إلى الله أثناء تطبيق تلك الخطوة على قدر فهمك له، سواء بصورة دينية أو روحية. القرار بالتوكيل نفسه يحمل شكلًا كبيرًا من التقرب إلى الله. لذلك يجب عليك أن تدعم هذا التوكيل بمزيد من السعي في التقرب إلى الله، لتشعر بهذه القوة. إذا كانت الخطوة الأولى تنص على أنك بلا قوة تجاه مرضك، فهذا يعني أنك دائمًا تحتاج إلى القوة، وفي الخطوة الثانية تنبع القوة من المشاركة مع الأخرين من: زملاء البرنامج أو المتعافين السابقين والأدبيات والاجتماعات والدعاء والمشاركات. ففي الخطوة الثالثة القوة العظمى هي في الله كما تفهمه.

لا يجب الاعتقاد بأن الخطوة الثالثة لا تتطلب السعي والاجتهاد كما في الخطوات السابقة. ولكن المطلوب من الخطوة الثالثة هو تقبلك للأمرعندما تسعى وتجتهد، ولكن لا تجد النتيجة المرجوة. كيفية تقبلك لفكرة أن النتيجة هي ما يرجوها الله لك. وثقتك في اختياره بأنه الأنسب لك في الوقت الحالي. هذا هو الأساس في الخطوة الثالثة: كيف أنك تؤدي دورك على أكمل وجه، وسلَّمت الأمر إلى الله. ولذلك فالنتيجة أنت ستتقبلها، حتى لو كانت عكس توقعاتك، أو أقل مما كنت تتوقع.

عندم تقوم بتوكيل أمورك إلى الله، فإن ذلك يعني توكيل جميع أمورك ونواحي حياتك لله. فلا ينبغي عليك استثناء نواحي في حياتك بحجه أنك تستطيع التعامل معها، أو أن تقوم بحجب جزء في حياتك لا تقوم بمشاركته. لأنك هكذا تخلق التحفظ الذي يؤثر على الحالة الروحية. ممارسة الخطوة الثالثة في أحد جوانب حياتك دون الباقي هو غير ذي جدوى. يجب أن تمارسها في جميع نواحي حياتك.

إن تفويض أمرك وحياتك إلى الله لن يتم في يوم وليلة، فهو قرار ستتخذه مرارًا وتكرارًا لباقي حياتك. وكل يوم عليك أن تتخذ هذا القرار مرة أخرى. ولكن مع التدريب والتكرار ستزداد طاقتك الروحية، ويزداد التقرب إلى الله. وبالتالي، سيصبح التوكيل أسهل إلى الله. ومع مرور الوقت

سيزداد إيمانك، وتقل بالتدريج مشاعر الخوف والتوتر والصراعات كلما تعمَّقت في هذا التوكيل، ويصبح القرار بالتوكيل أسهل.

يتكون ماضي المدمن من حياة مدمرة تمامًا. وستواجه هذا الدمار أيضًا عند التعافي. لا يوجد لدينا وعد بأن حياتك بعد التعافي ستصبح خالية من الأخطاء. ولكن يجب عليك التعامل معها، وهذا هو الوعد، الوعد بأنك سوف تكون قادرًا على التعامل مع مشاكلك. ولذا أنت محتاج إلى القوة. لأنك ستواجه العديد من المشاكل من: الرفض المجتمعي، أو التعثر في الحياة العملية أو الشخصية، أو مشاكل قانونية. وستقابل العديد من المواقف عالية الخطورة، عندئذ تكمن قوة الخطوة الثالثة؛ لأنها القوة العظمى التي تحتاجها. القوة تزداد عند معرفة أنك قمت بدورك على الرغم من أن النتائج في غير صالحك، وإيمانك أن قوتك العظمى تعطيك ما تحتاجه وما يناسبك.

ترتيب الخطوة الثالثة بين الخطوات كأنها هي السلاح الذي تتسلح به قبل العودة إلى الحياة بمشاكلها وصراعاتها. هي خطوة الحماية من المواقف عالية الخطورة التي يمكن أن ترجعك إلى الانتكاسة.

مبادئ الخطوة الثالثة

التسليم إلى القوة العظمى: وتكتمل عملية التسليم عندما تبني علاقة قوية مع الله، وتؤدى دورك على أكمل وجه.

التقبل: كيف تتقبل اليوم، وتتقبل الحياة بشروطها، ونتيجة اجتهادك، وتقبلك للنتائج حتى إذا لم تكن ما تتمناه.

الالتزام بالدور الذي يجب عليك القيام به: يجب عليك القيام بدورك بدون زيادة أو نقصان، ومن هنا أهمية المشاركة حتى تعرف دورك المفروض عليك القيام به.

الثقة في القوة العظمى: العديد من المدمنين يفقدون مع الأيام الثقة في قوتهم العظمى. ولذلك الخطوة الثالثة تعلمك كيف تبني تلك الثقة مرة أخرى.

من أهم الأدوار التي يجب عليها القيام بها حتى تتخذ قرار التسليم على أكمل وجه، هو قرار استكمال الخطوات وتكملة البرنامج حتى النهاية.

الخطوة الرابعة

قمنا بعمل جرد أخلاقي، بتمَّعن وبلا خوف عن أنفسنا.

هنا بداية العمل الحقيقي على جذور المرض. العمل الذي نستمد منه رد فعل في تعافي ملحوظ وملموس.

تتعامل الثلاث خطوات السابقة مع هنا والآن. وفيها نعمل على أفكارنا اليومية وأحاسيسنا ومشاعرنا، ونتعامل فيها مع هوسنا ورغباتنا ومشاكلنا. نتعامل مع كل هذا عن طريق الدعاء والمشاركة والتزام الحذر وتجنب الأماكن المرتبطة بالتعاطي، وكذا الأشخاص والأدوات، ونُوَّكِل أمر يومنا وحياتنا إلى الله. كل هذا يتم في إطار الهُنَا والآن. لكن الخطوة الرابعة تستدعى الرجوع إلى الوراء قليلًا، والغوص في جذور الإدمان، وتفسيره. حتى نتوصل إلى حل المشكلة من

جذورها، ونتعافي من الجذور.

قمنا بعمل جرد أخلاقي ومتفحص لأنفسنا

سنقوم في الخطوة الرابعة بعمل جرد أخلاقي لأنفسنا من وقت الولادة وحتى هذا اليوم. ونكتب فيه كل المواقف التي أثرت علينا وما زالت تؤثر فينا حتى الآن. وما زالت خبرات هذه المواقف تتحكم فينا وتشكل وعينا وشخصيتنا.

علينا ذكر كل المواقف التي مرَّت علينا، وجعلتنا نشعر بالاستياء أو الغضب أو الحزن أو الشفقة أو الخزي والعار أو والوحدة أو الخوف. ونكتب كل هذه المواقف التي نحملها على أكتافنا وتعطلنا في مسيرتنا. المواقف التي مرَّت علينا لازلت تؤثر علينا هنا والآن وقد تتحكم فينا وتتحكم في أفعالنا وفي ردود أفعالنا وفي اختياراتنا وطرق تفكيرنا وفي تعاملنا مع أنفسنا ومع العالم من حولنا. هذه المواقف تشكل جذورًا لعيوب شخصياتنا أو مصابيح نستكشف بها هذه العيوب.

في بعض الأحيان، لا يمكننا أن نرى هذه المواقف وقد لا تسترعي انتباهنا. بينما أحيانا لا نعرف لماذا نقوم بتصرف معين أو لماذا نشعر بالخوف أو بالضيق أو بالإحراج، أو ربما كان من المفترض عليك أن تقوم بذلك الفعل المعين ولكنك فشلت، أو كان لا يفترض بك القيام بشيء معين، ولكنك قمت به. لذلك يجب عليك معرفة ما يحركك وما يوقفك في محلك بلا حراك.

كل هذا يسمي خلفية الماضي. ولذلك، تتمحور الخطوة الرابعة حول كتابة كل المواقف السلبية حتى نستطيع التخلص منها، وحتى نستطيع النظر إلى أنفسنا وتقييمها بوعي، فنبدأ بالتغير الفعلي العميق.

يجب أن يكون الجرد أخلاقي ومتفحص وبلا خوف وبأمانة مطلقة

يجب أن تكتب المواقف كاملة بدون أي حجب أو زيادة. وعليك عدم التقليل من نفسك أو من مسؤوليتك. وتجنب بنفس القدر تحميل نفسك بدور ليس دورك. لا تقُمْ بتضخيم شكلك أو نفسك ولا تصغيرهما. عليك أن تقوم بسرد الأحداث بالضبط بدون أي زيادة أو نقصان.

اكتب كل ما يخطر على بالك. أنت تكتب الجرد بعدما قمت بتطبيق الخطوة الثالثة. وتعرف أن ما تقوم به الآن هو جزء من دورك الذي ستُوكِّل أمرك فيه إلى الله. الخطوة الثالثة - كما نعلم - هي أن نقوم بدورنا قبل أن نقوم بتوكيل حياتنا إلى الله. ولذلك فإن دورك اليوم أن تكتب الجرد بتفحص وبأمانة وبلا خوف، والله هو الذي سيحقق التعافي من خلال ما نقوم بكتابته.

سأقوم بتكسير الأكاذيب التي سردتها على نفسي وكل المحيطين بي وكل تجميل قمت به. سأقوم بتكسيرها في الخطوة الرابعة لأني سأكتب كل شيء كما هو. أنت فعلت هذا سيمكنك رؤية حياتك ورؤية شخصيتك كما هي.

نقاط الضعف والسلبيات ليست ما ستقوم برؤيته أو كتابته وحده في الخطوة الرابعة، ولكنك أيضًا ستتمكن من رؤية إيجابياتك ونقاط قوتك، فالمهم أن ترى نفسك كما هي بدون زيادة أو نقصان.

ماذا تكتب في الخطوة الرابعة؟

ستكتب عن كل المواقف التي شعرت فيها سواء بمشاعر سلبية أو إيجابية، مشاعر الحزن والفرح

والغضب والتسامح والخزي والفخر والحرية والوحدة والرفض والقبول. بمعنى أخر، كل المواقف بما تحتويه من مشاعر أيًّا كانت.

ستكتب أيضًا عن علاقاتك مع الآخرين، والإساءات التي قمت بها تجاه الأشخاص، أو إساءات وُجِّهَت نحوك من أشخاص أخرين. كما تكتب عن أدق أسرارك التي تحملها على كتفك، وتقوم بتعطيلك، وتشعرك بأحاسيس سلبية حتى اليوم، والتي تتسبب في أن تكون عائق أمام تعافيك، ومن الممكن أن تكون سبيلك للعودة إلى الإدمان النشط مرة أخرى.

من أهم مقولات البرنامج: أن حجم مرضنا هو من حجم أسرارنا. فكلما زادت أسرارنا، كلما ازداد مرضنا. الأسرار تسمح للمرض أن يعيش ويتوغل في ظلامها. وبكتابة الخطوة الرابعة تعيد تنوير نفسك داخليًّا. ولا تسمح للمرض أن يبقي في الظلام بدون أن تراه.

لا يهم كمية ما ستقوم بكتابته. المهم هو كمية التحفظات التي ستُبْقِي عليها ولن تذكرها في الخطوة الرابعة. هذه التحفظات قد تكون المسؤولة عن فشل كل ما قمت به حتى الآن. لذا من المهم جدًا أن تكتب الخطوة الرابعة بدون أي تحفظات، وبدون أي زيادة أو نقصان، وبدون إخفاء لأي موقف من المواقف مهما كان، لأن هذا الموقف سيجعلك تخسر كل ما تقدمه لك الخطوة الرابعة.

إننا نتعلم أن الجذور هي مرض الإدمان والخزي والعار والخواء. بكتابة الخطوة الرابعة تبدأ باقتلاع المرض من جذوره، وتتسع تدريجيًا مساحة تحررك منه.

عند الانتهاء من الخطوة الرابعة تشعر أنك أصبحت أخف. أن الثقل النفسي على أكتافك أصبح أخف. تشعر أنك تحررت من كل المواقف التي كانت تقيدك، والتي تجعلك تعيش نفس مشاعرها التي عشتها منذ سنين طويلة. المواقف التي ما زالت تؤثر عليك حتى اليوم. في كتابة الخطوة الرابعة حرية من كل هذا.

ويمكنك أن تكتب كل المواقف في الخطوة الرابعة مرة واحدة، كما يمكنك أن تجلس عشرة مرات وتكتب كل مرة القليل من المواقف. ليس هناك مدة معينة لكتابة الخطوة الرابعة. وليس من المهم كمية ما تكتبه، أو الوقت الذي تستغرقه في الكتابة. المهم أن تدعو الله أن يساعدنا في كتابة ما يريدنا أن نكتب. والمهم أن نكتب كل ما يخطر على بالنا وكل ما نستطيع تذكره.

من قواعد الكتابة أيضًا عدم قراءة ما قمت بالفعل بكتابته. فالصفحة التي طويتها لا يجب الرجوع إليها مرة أخرى. ولا تفكر في الخطوة الخامسة أثناء قيامك بتطبيق الخطوة الرابعة.

الخطوة الرابعة تستدعي قيامك بالجَرْد الأخلاقي. لذا من المهم أن تفكر في امتنانك لقوتك العليا (الله)، لأنه هو من أوصلك إلى هنا، ولن يتخلى عنك، ولن يقوم بتحميلك فوق طاقتك. بل سيجعلك قادرًا على كتابة كل ما ينبغي كتابته. وتذكر أن الجرد لأنفسنا وليس للأخرين. ليس علينا كتابة عيوب الآخرين بل عيوب شخصيتنا نحن كما أظهرتها أو تسببت فيها هذه المواقف.

عندما تشعر أنك قمت بكتابة كل ما تشعر به، وكل ما تريد كتابته من خلال دعائك وثقتك في الله وأمانتك مع نفسك، تستطيع الآن البدء بتطبيق الخطوة الخامسة.

الخطوة الخامسة

اعترفنا لله ولأنفسنا ولشخص آخر بالطبيعة الحقيقة لأخطائنا.

كيفية التطبيق

مفتاح الحرية هو مشاركة الطبيعة الحقيقية لأخطائنا (فمشاركتنا لها تحررنا منها فنعيش أحرارًا).

يقال إن الاحتفاظ بهذه العيوب بداخلنا يقود إلى العودة للتعاطي.

تتمحور الخطوة الخامسة حول استخدام الجرد الأخلاقي الذي قمت به في الخطوة الرابعة، والاعتراف به لله ولأنفسنا ولشخص أخر؛ لأن كل الأخطاء والعيوب التي اكتشفتها أثناء الجرد الأخلاقي يجب أن تظهر للنور حتى تُشفي وتختفي. ومن الخطأ تركها في الظلام حيث تنمو وتتشعب. فالغرض الأساسي من كتابة الجرد الأخلاقي هو الاعتراف به، وليس تركه مهملًا في درج مظلم. ولذلك يجب الاعتراف به لله ولأنفسنا ولشخص أخر حتى تستطيع أن تقوم بتطبيق الخطوة الخامسة بنجاح.

من المؤسف أن تقوم بكتابة بيان أخلاقي لتتركه بعد ذلك في درج مظلم؛ لأن هذه العيوب الشخصية والأخطاء تنمو في الظلام وتموت إذا ظهرت للنور.

مواجهة المخاوف

الاعتراف بالأخطاء والعيوب تتطلب قوة كبيرة وشجاعة، لمواجهة الخوف من الاعتراف لشخص أخر بعيوب شخصيتنا وأخطائنا. عادة ما يواجه مَنْ يقوم بتطبيق الخطوة العديد من المخاوف. مثل: هل الشخص الأخر سيكون أمينًا على أسراري؟ لماذا أكشف أخطاء الماضي أمام شخص أخر؟ كيف سيحكم عليَّ هذا الشخص بعد أن يعرف عيوبي؟ هل ستتغير نظرة الشخص الأخر لي بعد أن أعترف له بعيوبي وبأخطائي؟

بالرغم من كل هذه المخاوف يظل الاعتراف هو السبيل الوحيد حتى تتخلص من أخطاء الماضي وخبراته التي ما زالت تؤثر عليك هنا والآن. يجب أن نقوم بفضحها، وأن نسلط عليها الضوء، فلا يوجد سبيل أخر. وعلى الرغم من صعوبة الاعتراف، إلا أن العودة والانتكاسة مرة أخرى إلى الإدمان النَّشِط هو أصعب وأكثر ألمًا. فهذا هو المعيار الذي يجب أن نضعه نُصْب أعيننا. فمن أجل الوصول للهدف - الذي هو التعافي من الإدمان -يجب أن نتخطى الصعاب ومخاوف الاعتراف.

إن القيام بتطبيق الخطوة الرابعة بكتابة الجرد الأخلاقي بدون تطبيق الخطوة الخامسة والاعتراف أمام الله وشخص أخر، هو مثل أن يكون لديك جرح متقيح قمت بتضميده بدون تنظيف الجرح. لا فائدة من انتظار شفاء مثل هذا الجرح. بل وفي بعض الأحيان يسوء الجرح أكثر. لا قيمة للخطوة الرابعة بدون تطبيق الخطوة الخامسة.

يجب النظر للأخطاء بأمانة، وتفحص الأنماط السلوكية لرؤية الجوانب الأكثر عمقًا للمرض، ثم الجلوس مع شخص أخر ومشاركته بجردنا بصوت مسموع.

ومن التبريرات لعدم القيام بهذه الخطوة هو أن نقول أن الله يعرف مسبقًا كل هذه الأشياء. لكن الواقع أن الاعتراف أن لم يأتِ من أفواهنا لا يكون مؤثرًا بحق.

في هذه الخطوة تبدأ مواجهة أنفسنا لأول مرة في حياتنا، ومحاصرة أخطائنا وتحجيمها والتعامل معها. فالعيوب تنمو في الظلام، وتموت عند تعرضها للضوء. وفيها تأتي نهاية الشعور بالخجل والعزلة عن باقي العالم.

خوف آخر ينبع من الاعتقاد بأنه ليس هناك مَنْ يستطيع فهم الأمور التي قمنا بها. لكن سنكتشف أننا نشبه آخرين بصورة قد تفوق تخيلنا. وستأتي مرحلة الإدراك بأن هذا التفكير غير واقعي وأن باقي أعضاء المدمنين المجهولين يفهموننا تمامًا.

مواصفات الشخص الآخر

لم يحدد برنامج 12خطوة شخص بعينه يمثل «الشخص الآخر». لكن يجب اختيار الشخص الذي سوف يساعدنا في تنفيذ هذه الخطوة بعناية. لا توجد شروط معينة لاختيار هذا الشخص غير أن يكون أهلًا لثقتنا الكاملة، ويفضل أن يكون من أعضاء الزمالة ولكن يمكن أن يكون من خارج الزمالة أيضًا.

بطبيعة الحال أقرب شخص للمتعافي في تلك الفترة هو مرشد التعافي، بسبب الثقة المتبادلة بينهما أثناء تطبيق البرنامج، وإيمان المتعافي بخبرات مرشده. والسبب الأكبر هو أنه مرَّ بنفس التجربة، وقام بتطبيق نفس الخطوات، ولذا سيسهل عليه تفهم عيوبك وأخطائك، لأنها كانت أخطاؤه وعيوبه في يوم ما. ولكن ليس بالضرورة أن يكون الشخص الآخر هو مرشد التعافي، يمكنه أن يكون أي شخص يحظى بثقتك الكاملة، وتثق في حكمه، و يتمتع بالوعي الكافي حتى يستطيع تقديم النصح والمشورة، وأن يستطيع أن يرى الدوافع الحقيقية وراء أفعالك؛ لأن هذه هي «الطبيعة الحقيقية لأخطائنا».

لكل شخص حرية اختيار الشخص الآخر، ويجب على مرشد التعافي ألا يقوم باختيار الشخص الأخر بالنيابة عنك وإن كان يمكنه طبعًا أن يفكر معك ويقترح عليك.

ثم يجلس الشخصان على انفراد وتنفذ الخطوة بدقة تامة وأمانة، مدركين أثناء التنفيذ أن الأمانة في المشاركة هنا هي مسألة حياة أو موت. فمحاولة إخفاء جزء من الماضي هي سمة المدمنين، فهم يفضلون الحياة السرية. إن محاولة خداع الأخرين وإبعادهم عن حقيقة مشاعرنا تجاه أنفسنا، أدى إلى خداعنا لأنفسنا نحن أكثر من خداعنا للأخرين، ولم يجلب لنا الاطمئنان الداخلي؛ لذا يجب التخلص بشجاعة من كل الأقنعة.

الاعتراف هو سبيل للتمتع براحة التخلص من الأسرار.

عند مشاركة الشخص الآخر بتجاربنا نكتشف أن ما كنا نعتبره فظيع هو ليس كذلك وأننا مقبولون بكل مساوئنا وضعفنا.

الطبيعة الحقيقية لأخطائنا

تتمحور الخطوة الخامسة حول فهم الطبيعة الحقيقية لأخطائنا، والدوافع وراء تصرفاتنا. لأن تكرار هذه السلوكيات يحولها إلى نمط والأنماط تتحول إلى عيوب عادة يصعب التخلص منها.

هذا ما يجب العمل عليه في الخطوة الخامسة. من خلال أن نفهم تفسيرًا لسلوكياتنا من خلال

مشاركتنا مع أنفسنا والله والشخص الأخر. فنفهم لماذا فعلت هذا؟ ليس الفعل بأهمية السبب وراءه. والغرض من المشاركة ليس محاسبة النفس على أفعالها الماضية، إنما فهم الدوافع وراء هذه الافعال والتعلم منها؛ للسعي لعدم تكرارها مرة أخرى.

النمو الروحاني في المرحلة الخامسة

يلاحظ مَنْ قام بتطبيق الخطوة الخامسة من برنامج الـ 12 خطوة حدوث نقلة روحية حقيقية وتغيير جذري في شخصيته وسلوكه بعد الانتهاء من تطبيق هذه الخطوة. وستلاحظ النمو الروحاني والنضج العقلي بعد تطبيق الخطوة الرابعة والخامسة: تغيير حقيقي في علاقاتنا وشخصياتنا، وزيادة في تقبُّل النفس، ومسامحتها، زيادة الفهم للنفس عن طريق فهم دوافعها. فحتى إن لم تستطع تغيير العيب فورًا، على الأقل ستعرف أن تتحكم في دوافعك.

الخطوة السادسة

كنا مستعدين تمامًا لأن يزيل الله كل هذه العيوب الشخصية.

هذه الخطوة تحدد مقدار رغبتنا في التعافي. فلماذا نطلب شيئًا ونحن غير مستعدين له؟ أليست هذه دعوة للمتاعب والشقاء؟ نحن - المدمنين - نسعى للحصول على النتائج دون أن نؤدي العمل المطلوب. هل نريد فعلًا أن نتخلص من أحقادنا وغضبنا ومخاوفنا؟ البعض يتشبث بمخاوفه وشكوكه وكراهيته؛ لأنهم يجدون الشعور بالأمان وسط المشاعر السلبية. الشعور بالطمأنينة في التمسك بما اعتادوا عليه بدلًا من تركه وارتياد المجهول.

الكبرياء والخوف والغضب والخداع والشفقة على الذات تمنعنا من التفكير بطريقة منطقية.بينما الأنانية أمست قيدًا مدمرًا يربطنا بعاداتنا السيئة ويستنزف طاقتنا.

قائمة العيوب

بعد القيام بتطبيق الخطوتين الرابعة والخامسة، وبعد الاعتراف بكل خبرات الماضي، سترى أن المواقف التي مررت فيها كانت كفيلة بتدمير حياتك، بل كانت كفيلة بأن تؤدي إلى موتك. كما ستكتشف أن الاستمرار في الحياة وفق نفس الدوافع مع عدم التعامل معها، حتى بدون تعاطي أي مواد مخدرة، كفيل بأن يدمر حياتك أيضًا، وبأن يجعلك تخسر كل شيء سعيت جاهدًا من أجله. ولذلك بعد تطبيق هاتين الخطوتين ستصل إلى ضرورة عدم استمرار نفس عيوب الشخصية في التحكم في حياتك. بل إنك لا تستطيع حتى أن تستمر في حياتك إن لم تتخلص من هذه العيوب. عليك بكل وسيلة ألا تترك العيوب تتحكم في حياتك. وقتئذٍ ستجد صوتًا داخليًّا يخبرك أن عليك التخلص من عيوب شخصيتك، وهذا الصوت هو إعلان بداية الاستعداد للخطوة السادسة. خطوة اكتساب عادات جديدة.

كيف يظهر الاستعداد؟

الوعي الذي اكتسبناه بعد تطبيق الخطوتين الرابعة والخامسة، وبعد فهم الطبيعة الحقيقية لأخطائنا، يُوَّلِد لدينا بداية الاستعداد لتطبيق الخطوة السادسة.

تفحص القائمة، تأمل ما تفعله هذه الأخطاء بحياتنا فنشتاق للتحرر منها. الاشتياق للتحرر، والاستعداد لطلب إزالتها من الله؛ رغبة في التغيير لنظل ممتنعين. عندما نرى طبيعة العيوب في حياتنا ونتقبلها نستطيع تركها والبدء في حياة جديدة. ويحدث النمو بارتكاب أخطاء جديدة بدلًا من القديمة. لا ننسى أننا بشر فيجب وضع أهداف واقعية.

يجب أن نصل لاستعداد تام لأن يزيل الله عيوب شخصيتك. في الخطوة السادسة سنواصل نفس ماعملناه في الخطوة الرابعة والخامسة، ولكن سنقوم بهذا هذه المرة بشكل يومي. أي أن عليك كل يوم أن تنظر إلى نفسك وأن ترى الطبيعة الحقيقية لأخطائك التي ترتكبها كل يوم. حتى ترى كيف تؤثر هذه العيوب عليك حتى الآن. وكلما رأيت كيف تؤثرعيوبك عليك بالسلب، كلما قويت لديك النية على ترك هذه العيوب والأخطاء، فالعلاقة بين النية والوعي علاقة طردية. لقد تعلمت في الخطوة الرابعة والخامسة كيف تكتشف عيوبك وأخطاءك، وكيف تفهم الدوافع وراء الأفعال التي تُعبّرعن هذه العيوب والنقائص في الشخصية. في الخطوة السادسة ستستطيع أن تركز على عيوبك وأخطائك بصورة يومية، حتى تستطيع أن تُقيِّمها تقييمًا أدق، فتكون أكثر استعدادًا للتخلي عنها.

كيف تؤثر العيوب عليك؟

تؤثر العيوب علينا عن طريق أحد طريقتين:

تجعلك تفعل ما لا تريد أن تفعله أو لا يجب أن تفعله.

أو تمنعك من أن تفعل أشياء يجب عليك أن تفعلها.

فالعيوب أما أن تدفعك نحو الفعل السلبي، أو تمنعك عن الفعل الإيجابي. هذه هي طبيعة العيوب. تجعلك تفعل أشياء لا تريدها، مما يؤدي إلى محاسبة نفسك: «أنا لم أكن أريد أن أفعل مافعلت لماذا أكرر نفس الخطأ؟ لماذا لا أتعلم من أخطائي؟ لماذا أكرر اندفاعيتي؟ لماذا لا أستطيع التحكم في غضبي بالرغم من أن هذا الغضب والاندفاع يفقدني الكثير؟ لماذا لا أستطيع المطالبة بحقوقي؟ لماذا أشعر بالإحراج؟.

تزداد رغبتك في التخلص من عيب معين، بعد كل مرة تحاول فيها أن تفهم وتفسر هذا العيب كما اكتشفته في يومك.

بعد تطبيق الخطوة الرابعة والخامسة، تصبح لدينا المعرفة الكافية بعيوبنا وأخطائنا والدوافع الحقيقة لأفعالنا. ولكننا لم نعرف بعد كيف نتصرف فيها. تولُّد الوعي لدينا يجعلنا على استعداد للتخلص فعليًّا من هذه العيوب، فبداية الاستعداد هو الوعي.

درجات الوعي

للوعى درجات عديدة ومنها: الوعي التفسيري (وعي بعد الفعل) وهو يُماثل ما عرفته عندما طبقت الخطوة الرابعة والخامسة. هو الوعي الذي تكتسبه عند فحص المواقف الماضية من حياتك ومن ثَمَّ تفسيرها. هو وعي بعد الحدث، وهو أقل درجات الوعي. في الخطوة السادسة نصعد مع درجات الوعي، فنرى دوافعنا ونحن في خِضَم الموقف. لعل نظرتنا الآنية لدوافعنا تجعلنا نتعلم منها، فيصبح أمامنا سبيل للعودة والتراجع عن الفعل الخاطئ. تكون لدينا فرصة لتجنب الأفعال الخاطئة.

وعندما تصل إلى هذه الدرجة الأرقى من الوعي تكون مستعدًا للدرجة التي تليها، وهي أرقى درجات الوعي: وعي ما قبل الحدث. وفيها، قبلما تواجه موقفًا أو تحديًا معينًا، تكون واعيًا بنقاط ضعفك التي قد تجعلك تتصرف بطريقة خاطئة، مما يؤهلك تأهيلا عاليًا لتجنب التصرفات الخاطئة.

إذن الوعي بالنفس ثلاث درجات:

وعي ما قبل الحدث هو أعلى الدرجات.

الوعي أثناء الحدث وهو درجة متوسطة من الوعي.

وعي ما بعد الحدث الذي هو بداية درجات الوعي.

فمن خلال تركيزنا وفحصنا لأنفسنا بشكل يومي متكرر، وتفسير أفعالنا كل يوم قبل النوم، وفهم الدوافع الحقيقه لأفعالنا، تزداد معرفتنا بعيوبنا الشخصية، ويزداد استعدادنا لأن يزيل الله كل هذه العيوب، فالوعي يؤدي إلى الاستعداد، والاستعداد يؤدي إلى أن نثق أن الله سوف يساعدنا على أن التخلص من هذه العيوب.

تساؤل مهم

يجب أن تسأل نفسك في هذه المرحلة سؤالًا مهمًا جدًا: هل أنت فعلًا مستعد لأن تتخلص من أحقادك وغضبك ومخاوفك؟

بعض الأشخاص يتشبثون بمشاعر الخوف والغضب التي تعتريهم، لأنهم يتصورون أنها أصبحت جزءًا من شخصيتهم. وقد تكون لديهم مؤشرات على حصولهم على مكاسب شخصية من خلال هذه العيوب. المراوغة مثلًا تساعدهم على الهروب من المحاسبة، والكذب يساعد على الهروب من المساءلة عن أفعالهم. والكبرياء يساعد على الشعور بالزهو تجاه النفس. العيوب تساعد على إعطائهم إحساسا بالأمان، وبالرغم من أنه أمان مزيف، ولكنهم يظنونه كافيًا بالنسبة لهم. من المهم أن تسأل نفسك هل أنت فعلًا مستعد لأن تتخلى عن العيوب حتى التي قد تعتبرها إحدى مهاراتك؟ هل فعلًا لديك هذه الرغبة؟

الاستعداد الصادق لأن تقول أنك فعلًا لاتريد هذه العيوب هو هدف الخطوة السادسة. لقد عرفنا من خلال التجربة أنه في اللحظة التي يمكنك فيها أن تقول أنك أصبحت مستعدًا لأن يزيل الله عيوب شخصيتك هو فعلًا يزيلها يومًا بعد يوم.

بمنتهي البساطة، رؤيتك لمدى تأثير العيوب في حياتك ووعيك التام بهذا التأثير يؤدي إلى الاستعداد التام للتخلص من العيوب. المبدأ الأساسي في الخطوة السادسة هو الوعي، الوعي من خلال التركيز على رؤيتك لعيوبك بوضوح. ليس أهم شيء أن تتوقف عن الأخطاء، ولا أسوأ شيء هو تكرار الوقوع فيها. المهم هو أن تعي الطريقة التي تتصرف بها، والأسباب التي تجعلك تتصرف بهذه الطريقة.

العيوب الشخصية التي عادة ما نكتشفها بعد الانتهاء من تطبيق الخطوتين الرابعة والخامسة تتضمن: الخوف، والتمحور حول الذات، والكذب، والمراوغة، والغضب، والدونية، والكبرياء،

والاندفاعية، والتهور، وحب الظهور، والحقد، والغل، وعدم الأمان الاجتماعي، وعدم الأمان المادي، وعدم الأمان الجنسي، والمكابرة، والكراهية، والشعور أن لك الأفضلية والاستحقاق، لا أشياء وامتيازات في الحقيقة، ليست من حقك. إلى آخره من سلسلة العيوب التي تتفاعل معًا فتنتج عيوبًا جديدة مركبة.

تخيَّل شخصًا يعاني من كل هذه العيوب سيكون قطعًا شخصية مدمرة، ليس فقط لنفسه، ولكن للآخرين أيضًا، حتى لو لم يستخدم المخدرات. مسألة التعافي إذن لا تقتصر عما إذا كنت اليوم تتعاطي المخدرات أم لا، بل تمتد إلى ضرورة بناء شخصية جديدة قادرة على العيش والاستمتاع بالحياة دون العودة إلى استخدام المخدرات مرة أخرى. لأن أي تعثر في الحياة، ستظهر معه الفكرة الملحة لتعاطي المخدرات مرة أخرى. لذا يجب عليك أن تتعلم كيف تعيش حياتك بطريقة ناجحة. والواقع أنه لا يمكنك عيش حياة ناجحة طالما كنت لاتزال تعاني من هذه العيوب المدمرة. لذا عليك في الخطوة السادسة أن تعمل يوميًا على رصد وتفسير أفعالك؛ حتى تفهم الطبيعة الحقيقة وراء هذه الأفعال. ومن ثَمَّ تصل لدرجة الاستعداد الحقيقي للتخلي عنها.

التمرد، وسرعة الشعور بالضيق، والاستسلام للفشل،عيوب تعطلنا وينبغي أن تحارب بنقيضها بالجهد المستمر والمثابرة.

ولا يزال أيضًا سؤال أحد الزملاء من المدمنين المجهولين قد يساعدنا كثيرًا ويشجعنا. وكذا قبول الاقتراحات البسيطة التي تقدم لنا.

سوف يحل الإيمان والتواضع والقبول مكان الكبرياء والتمرد، وتتحول الرغبة إلى أمل وعمل مستمر نحو الخلاص من العيوب، وعندما تصل إلى هذه الدرجة، سيؤكد مشرفك أنك فعلًا وصلت لدرجة الاستعداد الحقيقي للتخلي عن عيوبك، يمكنك حينئذ الانتقال إلى تطبيق الخطوة السابعة.

المبادئ الروحية في الخطوة السادسة:

الالتزام

المثابرة: لأنك تحتاج طاقة متجددة حتى تستطيع الوصول للتخلي، وحتى تستطيع أن تعاود المحاولة كل يوم. و تستمر في المحاولة حتى إذا ضعفت في يوم ما. تحتاج إلى المثابرة حتى تستطيع أن تقوم لتكمل المشوار من جديد في اليوم التالي .

النية: يجب أن تستحضر نية التغيير كل يوم. تذكر دائمًا أنك لأول مرة تستطيع أن ترى طريق حياتك كلها، وكيف كانت حياة مُدمَّرة ونهايتها مُدمِّرة إن لم تتغير اليوم. وتذكر أيضًا أنه بالرغم من ذلك فما زال هناك أشخاص في حياتك متمسكين بك، وهذا من فضل الله عليك. من هذا الإدراك لطبيعة حياتك ولمدى تمسك الآخرين بك، تتولد نية التغييروتنمو.

الإيمان: الإيمان أن هناك أدوات تستطيع أن تساعدك على التغيير. و العديد من الأشخاص حولك حققوا هذا التغيير، وأن الله سوف يساعدك على تحقيق التغيير الذي تنشده.

تقبل النفس: لأنك أصبحت تمتلك وعيًا بأفعالك وطبيعتك، وتمتلك وعيًا بنيتك على التغيير، وتتقبل نفسك في رحلة الوعي والتغيير هذه. ثم عند كل مرة تحسن فيها الفعل ، يزداد تقبلك لنفسك.

الخطوة السابعة

سألنا الله بتواضع أن يخلصّنا من نقائصنا الشخصية.

في الخطوة السادسة تم التركيز على العيوب بشكل يومي، وكيف تؤثر على حياتنا بالسلب، مما وَلَّدَ لدينا النية والرغبة والاستعداد للتغيير، نية التخلى عن العيوب. فحتى هذه اللحظة، أنت مازلت تعاني من تلك العيوب، ولكن أصبح لديك فقط الوعي الكافي لتراها، ومن ثَمَّ يتولد الاستعداد للتخلي عنها. وتصبح جاهزًا لتطبيق الخطوة السابعة.

الهدف الرئيسي للخطوة السابعة: هو أن نخرج من عزلتنا لتحقيق إرادة الله لنا. عيوب الشخصية هي السبب وراء التعاسة والألم في حياتنا وحياة الآخرين.

هذه الخطوة هي عمل إيجابي، فعل إرادي واعٍ بطلب المعونة من الله. بعد أن نبذل كل جهدنا؛ لكي لا تحدد عيوبنا أفعالنا وتصرفاتنا. حتى جهدنا هذا هو فضل من الله، لكن توكُّلنا عليه يمنحنا قوة لم تكن في متناولنا من قبل. التوكل على الله ليس التواكل؛ فلا يجب علينا أن نطلب من الله شيئًا ونحن قادرون بأنفسنا على فعله. فهنالك دائمًا دور يجب عليك القيام به، وعندما نسأل الله أن يخلصنا من نقائصنا الشخصية، لا ننسى أن علينا دورًا يجب القيام به. هذا الدور هو السعي، أن تسعى جاهدًا ألا تتحكم تلك العيوب في حياتك، وبدلًا من أن نتخذ مواقف وقرارات ونقوم بأفعال بناءً على هذه العيوب، تكون قراراتنا وأفعالنا بناءً على المبادئ التي تم اكتسابها من البرنامج في الخطوات السابقة. والمبادئ التي نكتسبها من المشاركات مع أعضاء الزمالة، ومع مشرف التوجيه، فإذا كان هناك موقف ما تتصرف فيه بناءً على عيب ما، فعليك أن تتخذ قرارًا بأنك سوف تتصرف بناء على مبدأ من مبادئ الزمالة. الخطوة السابعة تتمركز حول أن تأتي إلى الله بعد القيام بدورك.

تنمو العيوب الشخصية في كل مرة تسمح لتلك العيوب أن تتحكم فيك: وفي حياتك وفي أفعالك. وستقل حدة وقوة هذه العيوب وتبدأ في الضعف والزوال في كل مرة لا تسمح لها بأن تؤثر على أفعالك. فدورك في الخطوة السابعة ألا تسمح للعيوب أن تتحكم في أفعالك، حتى تقلل من حدة العيوب وقوتها، وحينئذ تستطيع أن تدعو الله أن يرفع عنك هذا العيب أو ذاك، بعد أن تكون قد قمت بدورك على أكمل وجه. الآن هو وقت العمل على العيوب، وعدم السماح لها بالتحكم في أفعالك.

يجب أن نفهم أن طريقتنا في التفكير ليست هي الوحيدة، ويمكن أن يُوجِّهنا الآخرون، فتتطور طرق تفكيرنا، وتكون أساس للتخلص من عيوب شخصيتنا. كثيرًا ما يكون الدفاع عن «أنفسنا» هو أول رد فعل عندما يُوجِّهنا الآخرون، وكثيرًا ما يكون هذا دفاعًا عن عيوبنا ونقائصنا التي تعودنا عليها وتصورنا أنها هي أنفسنا. ولكننا غير كاملين وهناك مجال للنمو ولننعم بمزيد من الحرية. لذا يجب أن نفحص ما عُرِض علينا، قد يفعل البعض منَّا هذا بدون تحفظات، وحتى بإيمان أن التوجيه مصدره قوتنا، الأعظم وبه تتبدد بعض من المتاعب والآلام في حياتنا وحياة من حولنا.

في الخطوة الرابعة، قمنا بكشف العيوب الرئيسية في شخصيتنا. وفي الخطوة الخامسة أقررنا بوجودها. وفي السادسة أصبحنا مستعدين تمامًا لأن نتخلى عنها؛ حتى يمكننا اختبار نمو روحي مستمر وتعافي. والآن في الخطوة السابعة نسأل قوتنا الأعظم بتواضع، أن تزيل نواقصنا بعد القيام بدورنا، وهو عدم السماح للعيوب أن تؤثر في حياتنا بعد الآن.

التواضع: لماذا يجب أن نسأل الله بتواضع؟ لأن التواضع هو العامل الأساسي للامتناع عن أي رغبة مثل الرغبة في المخدرات والجنس والطعام. التواضع هنا في الخطوة السابعة هو أن تعرف دورك بالضبط الذي يجب عليك القيام به، وتؤديه كما يجب.

يجب علينا أن نحافظ على درجة الوعي التي اكتسبناها من خلال تطبيق الخطوة السادسة، من خلال الاستمرار في التركيز على عيوبنا، وكيف تؤثر بالسلب على حياتنا، وحياة مَنْ حولنا. ونضيف على هذا الوعي التوكل على الله، كي يزيل تلك العيوب والنقائص الشخصية. كما يجب التركيز العملي على الفرق بين التوكل والتواكل، يجب عليك القيام بدورك قبل أن تتوكل على الله، وتثق في قدرته على مساعدتك في أن يزيل تلك النقائص. فلا يصح أن نطلب من الله المساعدة في أن يخلصنا من عيوبنا، في حين أننا نرفض التخلي عن تلك العيوب بكل ما أوتينا من قوة. ثم نتساءل بعدها لماذا لا يستجيب الله لنا؟ مثل شخص يدعو الله كل يوم أن يرزقه بعمل، في حين أن كل ما يفعله هو الدعاء فقط، بدون أي سعي واجتهاد. يجب أن تقوم بدورك و تخطو الخطوة الأولى، وستجد الله يخطو عشر خطوات مقابلها. لقد ساعدك الله في تعلم جميع خطوات البرنامج السابق، وعلَّمك كيف يمكنك أن ترى عيوبك، وسخر لك العديد من الناس لمساعدتك. وهذا هو الطريق للنمو الروحي ، فيتم التغير يوميًا وبالتدريج نبدأ في الخروج من العزلة إلى الحياة الحقيقية. ثم لا يجب أن نقسو على أنفسنا، بل أن نحب أنفسنا، ونكون رفقاء بها، وكثيرًا مايتحقق هذا من خلال المشاركة مع دوائر ثقتنا.

كيف يمكنك معايشة التواضع؟

يمكنك معايشة التواضع عن طريق الاستعداد لأي موقف تعرف مسبقًا أنه ينشّط لديك أحد العيوب الشخصية. فيكون لديك نوع من البصيرة والتبصر بما سوف يحدث، وأن تشارك مع موجهك كيف يمكن التصرف حينما تواجه الموقف. فقد أصبحت لديك اليوم المعرفة الكافية حينما يمُرُّعليك أي موقف من هذا النوع. أصبحت قادرًا أن تتصرف بطريقة صحيحة، ليس بناءً على العيوب، ولكن بناءً على المبادئ. فعليك أن تسعى للسيطرة على أفعالك، وأن تحاول جاهدًا، حتى إذا ضعفت يومًا ما، فلا يزال بإمكانك الاستمرار في اليوم التالي.

المبادئ الروحية في الخطوة السابعة

الاستسلام: مثل ما اعترفنا بالهزيمة أمام المرض في الخطوة الأولى، يجب علينا الاستسلام للهزيمة أمام عيوبنا في الخطوة السابعة، حتى نستطيع الوصول للانتصار، فبعد الهزيمة يأتي الانتصار.

الثقة والإيمان بالله: الثقة في أن الله سوف يساعدك ويستجيب لك بعد القيام بدورك على أكمل وجه.

الصبر: من أهم مبادئ الخطوة السابعة لأنك ستواجه الكثير من التعثر، وكثيرًا ما ستجد نفسك تتراجع لعيوبك القديمة، لذلك تحتاج حينها أن تجدد النية مرة أخرى حتى تستطيع المواصلة، وذلك هو الصبر.

الخطوة الثامنة

أعددنا قائمة بجميع الأشخاص الذين آذيناهم، وأصبحت لدينا نية إصلاح ما بدر منا من الأذى وتقديم تعويضات لهم جميعًا.

الخطوة تهدف لاختبار مقدار التواضع

لقد جاء وقت التحرر من الشعور بالذنب الذي طاردنا دائمًا ومواجهة الآخرين بدون خوف.

السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو، هل نحن راغبون في إعداد هذه القائمة ؟ فهذا أمر يتطلب نوعًا جديدًا من الأمانة في علاقتنا بالآخرين. عمل قائمة تتضمن كل الناس الذين آذيناهم أثناء مرضنا النَّشِط - حتى نقدم لهم تعويضات وإصلاحات - هو بداية تحمل المسؤولية تجاه أفعالنا. إنها الوسيلة التي تتأكد بها أنك من هذه اللحظة، ستصبح مسؤولًا عن كل فعل تقوم به، ولترى ما إذا كنت فعلًا قادرًا على هذا.

تعتبر الخطوة الثامنة من أصعب الخطوات في البرنامج؛ لأنك ستضمن العديد من الأشخاص في تلك القائمة، بالاضافة إلى كمية الإصلاحات التي يفترض بك أن تقدمها، لكن هذا هو السبيل الوحيد للتخلص من الذنب الذي تعيش به، وهو السبيل الوحيد للمساعدة على تقبل النفس مرة أخرى، وأيضًا لرجوع ثقتك بنفسك، وحتى تستطيع العودة مرة أخرى للمجتمع دون انكسار، وحتى تستطيع أن تنظر إلى الأخرين بدون شعور بالخزي أو العار بسبب أفعالك تجاههم قديمًا. كثيرًا ما يعاني المتعافي حين يصل إلى الخطوة الثامنة من نقص حاد في الثقة بالنفس بالإضافة إلى ضعف التواصل الاجتماعى مع الأخرين. فحتى الآن ما زال هناك بعض الأشخاص الذين لا يستطيع المتعافي أن ينظر إليهم في أعينهم، ويحاول التهرب منهم بسبب إحساسه بالذنب تجاههم، الآن هو الوقت المناسب حتى تصلح مشاكل في الثقة هذه.

لماذا لم نقُمْ بتقديم الإصلاحات منذ بداية البرنامج؟ لماذا انتظرنا حتى الخطوة الثامنة؟

لأنك لا تستطيع أن تصلح أخطاء ما زلت تقوم بها، ولا تستطيع أن تعوِّض الأخرين وأنت ما زلت تقوم بأذيتهم. ولذا كان لازمًا أن تصلح من نفسك أولًا، وأن تمسك بزمام حياتك، وأن تعرف أخطاءك وعيوبك، وتتعلم كيفية تجنبها قبل أن تقوم بتقديم الإصلاحات. إذا قمت بهذه الخطوة في بداية البرنامج فإنك قد تصلح حياتك من إحدى الجهات، بينما تضر بها من جهة أخرى. كأن تقوم بالتعويض نهارًا، وتقوم بالأذى ليلًا. أكبر تعويض قدمته للآخرين في الخطوات السابقة، هو أنك أصبحت شخصًا أكثر إيجابية، وصرت قابلًا للتغيير الحقيقي، ولذا ليس من المفترض أن تقوم بتقديم الإصلاحات، إلا بعد أن تكون وصلت لدرجة كبيرة من التغيير الحقيقي والإيجابية بما يشير أنك على الأقل، لن تُقدِم على مثل هذا الأذى مرة أخرى.

حتى هذه اللحظة كانت الخطوات قد ركزت جهدنا على إصلاح أنفسنا، وعلاقتنا مع الله على قدر فهمنا له تعالى. بدايةً من الخطوة الثامنة سوف نأتي بأشخاص آخرين إلى عملية التعافي. أشخاص كنا قد سببنا لهم الأذى أثناء إدماننا، و ربما أيضًا أشخاص آذيناهم أثناء عملية التعافي نفسها.

ستُظهر الخطوة الثامنة مدى التواضع الذي وصلت له. وهل فعلًا كنت صادقًا في تواضعك؟ هل فعلًا أنت صادق في اعترافك بأخطائك وفي الطبيعة الحقيقية لهذه الأخطاء؟ هل ما زلت تعاني من الإسقاط والتبرير أم تخلصت منهما ؟ستوضح ما إذا كنت مستعدًا أن تكون صادقًا أمام نفسك

ومتواضعًا في الاعتراف بأخطائك تجاه الآخرين نتيجة لإدمانك النَّشِط وعيوبك الشخصية.

ستجد أثناء تطبيق تلك الخطوة أناسًا، قد قاموا بأذيتك أكثر من أي أذى قد سببته لهم. بالإضافة إلى أناس ستجدهم، من وجهه نظرك، لا يستحقون التعويض، وبالرغم من هذا يجب عليك كتابة هؤلاء وهؤلاء أيضًا بالرغم من صعوبة هذا. ستجد أثناء كتابتك للقائمة أن هناك بعض أسماء تكتبها بكل سهولة، بينما آخرين ستجد صعوبة بالغة في كتابة أسمائهم، وصعوبة في الاعتراف بالأذى الذي تسببت فيه لهم. ولهذا كله تكشف الخطوة الثامنة لنا مقدار التواضع الذي وصلنا إليه.

ومن جهة أخرى قد يسهل الاعتراف بالأخطاء والأذى تجاه المقربين من العائلة، بينما يصعب الاعتراف بالخطأ تجاه آخرين بعيدين عن دوائرنا القريبة. ولذا يجب كتابة أسماء جميع مَنْ تسببت لهم في أذى، سواء كنت تعتقد أنهم يستحقون التعويضات أم لا، وبغض النظر عمَّا إذا كان الأذى الذي سببته لهم كان رد فعل على أذيتهم لك، وبغض النظر عن كيفية تعامل هؤلاء معك الآن. وأيضًا بغض النظر عمَّا إذا كنت تستطيع الوصول إليهم أم لا تستطيع هذا. وعمَّا إذا كانوا أحياء أم أمواتًا. يجب كتابة أسماء الجميع بغض النظر خصوصًا عمَّا إذا كنت تستطيع تعويضهم بالتعويض المناسب عن الأذى أم لا تستطيع هذا. التعويضات الفعلية سيتم التعامل معها من خلال الخطوة التاسعة، ولكننا هنا نريد فقط الإقرار والاعتراف بالخطأ والأذى تجاه الأخرين.

نتمكن من خلال الخطوة الثامنة من التخلص من الشعور بالذنب الذي ظل يطاردنا طوال تطبيق خطوات البرنامج السابقة. فهذه الخطوة هي بداية التحرر من الشعور بالذنب، وبداية بزوغ الشعور بالتسامح تجاه نفسك وتجاه الأخرين أيضًا. مقدار التسامح الذي سينمو خلال تطبيق الخطوة الثامنة والتاسعة لا مثيل له. لذا ولأول مرة ستستطيع أن تعيش وتترك الأخرين يعيشون أيضًا. ذلك لأنك لن تعود تُشكِّل عبئًا على الأخرين، بل وسيصبح لديك وعي كافٍ بأخطائك، ولديك شعور بالمسؤولية تجاهها، وستتوقف عن إلقاء اللوم على الأخرين.

تحقق لنا الخطوة الثامنة تغييرًا كبيرًا في حياتنا، بعد أن كان يسودها إحساس بالذنب والندم. فلم نعد بحاجة لتفادي أولئك الذين أسأنا إليهم، ولم نعد نُسبب التعاسة للأخرين. ولهذا كله قيمة كبرى في مشوار التعافي. ستستطيع في تطبيقك للخطوة الثامنة أن ترجع للتعايش مرة أخرى مع الأخرين بدون انكسار وبرأس مرفوع.

علينا بكل أمانة وشجاعة وضع قائمة بالأشخاص الذين علينا ديون مادية لهم، والذين لم نسدد لهم ما علينا من التزامات معنوية ونفسية تجاههم. لكن من المشاكل التي تعطل الخطوة الثامنة، التفكير في إجراء الاعتذارات في الخطوة التاسعة؛ لذلك يجب القيام بالخطوة الثامنة وكأنه لا توجد خطوة تاسعة.

يجب علينا الانتهاء من كتابة أسماء جميع الأشخاص الذين أسأنا لهم في الخطوة الثامنة حتى نشرع في تقديم التعويضات لهم في الخطوة التاسعة. الاستعانة بالخطوة الرابعة أثناء تطبيق الخطوة الثامنة، قد يكون مفيدًا في تذكر الأسماء. ولا ننسى أنه إضافة إلى كتابة أسماء الأشخاص الذين سببنا لهم الأذى، فعلينا كتابة نوع الأذى الذي قمنا بالتسبب فيه، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وسواء كان الأذى ماديًّا أم معنويًّا. وسواء كان عن طريق الكذب أو الإهمال أو عن طريق الاعتداء أو السرقة أو عدم الوفاء بالوعود أو أي طريق أخر. فليس فقط المقصود من الأذى ما

يسمى بالأذى الإيجابي أي فعل التعدي المتعمد، بل يتضمن الأذى أيضًا الإيذاء عن طريق عدم القيام بفعل أي شيء، وعدم الاهتمام في وقت كان الاهتمام فيه لازمًا. وعدم مبادلة الحب بالحب لشخص كان يفترض بك أن تبادله الحب يعتبر أيضًا أذى. وعندما فشلت في تقديم المساعدة لشخص يحتاجها وكان باستطاعتك مساعدته لولا إدمانك فهذا أيضًا أذى. لذا يجب أخذ كل أشكال الأذى بالاعتبار أثناء كتابة الخطوة الثامنة.

مثال للجدول الذي قد نستعين به أثناء كتابة الخطوة الثامنة:

الاسم	الموقف	نوع الأذى	التعويض

الخطوة التاسعة

قدمنا تعويضات مباشرة لهؤلاء الأشخاص كلما أمكن ذلك، إلا إذا كان ذلك سوف يضر بهم وبآخرين.

بعد أن قمنا بكتابة قائمة تتضمن كل الأشخاص الذين أسأنا لهم في الخطوة الثامنة، يحين الوقت لتقديم التعويضات المناسبة لهؤلاء الأشخاص، بشرط واحد فقط ألا يضر هذا التعويض بهؤلاء الأشخاص، أو بأي شخص أخر.

ما أشكال الأذى أو الضرر؟

يبدأ الأذى أو الضرر من نظرة الاحتقار أو النظرة المسيئة ويصل حتى القتل. بمعنى أن الأذى يمكن أن يكون نظرة عين جارحة، تتسبب في الأذى النفسي أو المعنوى لشخص ما، مرورًا بكل أشكال الأذى حتى القتل.

عمومًا، هو أي فعل يسبب الأذى للأخرين، سواء كان هذا الفعل إيجابي (أي قمت بفعل مؤذٍ لم يجب أن تقوم به)، أو سلبي (أي امتنعت عن القيام بما كان يجب عليك القيام به بما سبب أذى للأخرين).

عدم الاهتمام أذى، قلة الحب أذى، عدم المساندة أذى، وقلة التواجد أذى.

عمل القائمة إذن صعب جدًا، ويحتاج إلى تركيز. لأنك ستجد القائمة مليئة بالأشخاص، وستشعر في بعض الأوقات بعدم قدرتك على القيام بالتعويضات.

نصَّت الخطوة الثامنة على كتابة قائمة بالأشخاص الذين تسببنا لهم بالأذى، وأن نكون مستعدين لتقديم التعويضات المناسبة لهم، حتى لو كنا مازلنا نشعر بعدم مقدرتنا على تقديم مثل تلك التعويضات، ولكن بالرغم من ذلك قمنا بكتابة القائمة.

ومن خلال إيماننا بقوتنا العظمى، نعرف أن الله سوف يعطينا القدرة والقوة؛ حتى نستطيع القيام بذلك.

تقديم التعويضات

يجب أن تقوم بمراجعة الجدول أوالقائمة التي قمت بكتابتها أثناء تطبيق الخطوة الثامنة، مع مشرف الزمالة المسؤول عنك لمناقشة الخطة المتبعة لتقديم التعويضات. التعويضات تنقسم إلى تعويضات مباشرة وغير مباشرة.

التعويضات المباشرة هي التي يمكن أن تتم في الوقت الراهن لسهولة التعويض المقترح، وسهولة العثور على مَنْ سنقدم لهم التعويضات. وأيضًا نأخذ في الاعتبار استعدادنا النفسي لتقديم هذه التعويضات.

على سبيل المثال التعويضات المادية تتضمن أن تكون قد أخذت مبلغًا ماليًّا من شخص ما بدون وجه حق، فلا يصح أن تذهب إليه وتخبره أنك سوف تقوم بتعويضه عن ما فعلت بدون أن ترد له المبلغ المستحق. لهذا بعض التعويضات سوف نقوم بتأجيلها. بينما تعويضات أخرى سيكون له أولوية للتنفيذ. مثلًا قد نبدأ بتعويض الأشخاص الأقرب إلينا، بينما سنجد أثناء مراجعة القائمة أن هناك مجموعة من الأشخاص لا تستطيع أن تقدم لهم تعويضات في الوقت الحالي، وعليك أن تؤجل تعويضهم. وهذا يتضمن كل مَنْ لا يزال يعاني من الإدمان النَّشِط، لا يجب أن تحاول تقديم تعويض لهم. لأنك بذلك تضع نفسك في موقف قد يعرضك للانتكاسة. كما أنهم قد يفسرون ذلك التعويض على أنه نوع من التعالى، وبذلك يسبب لهم الضرر والأذى.

أنت لست مطالب بتقديم تعويضات لكل مَنْ في قائمتك فورًا. لهذا الخطوة التاسعة لا تنتهي بانتهاء التعويضات المذكورة في قائمتك، ولكنها خطوة سوف تستمر معك طويلًا. لأن هناك تعويضات ستقدمها فورًا وأخرى مؤجلة. وهناك تعويضات لمَنْ لا تستطيع الوصول إليهم.

لكن أهم شيء هو أن تقوم بتقديم كل التعويضات المتاحة، والتي يمكنك تقديمها الآن. وقتها يمكنك أن تقول أنك قمت بتطبيق الخطوة التاسعة بنجاح، وتستطيع الانتقال إلى الخطوة العاشرة.

المخاوف والتوقعات

ستشعر أثناء مراجعة قائمة التعويضات بالخوف عند المرور على بعض الأشخاص، وستبدأ توقعاتك حول كيف سيتقبل هذا الشخص تعويضك، وماهو رد فعله.

كيفية تقديم التعويضات

يمكنك تقديم التعويضات عن طريق الذهاب إلى الشخص المقصود وشرح موقف الأذى بكل تفاصيله. وتقديم الاعتذار. وتوضيح أنك مستعد لتعويضه التعويض الذي يناسبه ويقبل به. هذه هي طريقة التعويض المباشر الذي تنتهجها زمالة المدمنين المجهولين في مصر.

وكما ذكرنا من الطبيعى عند البدء بتقديم التعويضات، أن تشعر ببعض الخوف والقلق من توقع رد فعل مَنْ تحاول تقديم التعويض له على اعتذارك. وهذا سيتسبب ببعض الأحاسيس السلبية. لذلك يجب عليك مشاركة هذه الأحاسيس في اجتماعات الزمالة ومع مشرفك المباشر؛ حتى تستفيد من خبرات المتعافين السابقين، الذين مروا بنفس المرحلة. والاطمئنان عندما تشعر أن ما تحس به طبيعيًّا ومرَّ به كل مَنْ سبقوك. وأن كل هذه المشاعر السلبية سوف تزول عندما يتقبل مَنْ تحاول

تعويضهم تعويضاتك. كما عليك بالدعاء إلى الله أن يمدك بالقوة حتى تستطيع أن تتحمل تلك المرحلة وتجتازها بنجاح.

التعويضات غير المباشرة هي عدم الأذى غير المباشر. أحد الأمثلة على التعويضات غير المباشرة المذكورة في كتاب كيف ولماذا؛ هي عن شخص يغش أثناء أحد الامتحانات وكشفه مراقب الامتحان، وبناء عليه شعر المراقب أنه يوجد حالات أخرى للغش في نفس اللجنة، فشدد المراقبة على اللجنة كلها، مما أشعر الممتحنين الآخرين بالتوتر والقلق بسبب هذا التضييق. وكان هذا نتيجة غير مباشرة لغشك أنت في الامتحان. هذا أذى غير مباشر، التعويض غير المباشر يُلزِمك بأن تسعى ليكون لك تأثيرًا إيجابيا في مساعدة الأخرين.

كما تضم التعويضات غير المباشرة أنك أثناء إدمانك النَّشِط، نشرت فكرة التعاطي أو السلوك الإدماني بين كثير من الناس. هذا جزء أساسي من تعويضاتك ، أن تنشر رسالة إيجابية وأن تساعد آخرين على التعافي.

التعويضات المباشرة تكون واضحة ومفهومة. أما غير المباشرة فتتضمن الإيجابية وتخصيص جزء من وقتك ومجهودك لمساعدة الأخرين. مقابل كل أذى غير مباشر يجب تقديم تعويض غير مباشر.

أهم المبادئ الروحية للخطوة التاسعة

التسامح: هو من أهم المبادئ التي ينبغي علينا التمسك بها أثناء تطبيق الخطوة التاسعة. لأنك ستكون مطالبًا بتقديم تعويضات أيضًا لمَنْ تسببوا بالأذى لك. أنت تقدم التعويضات أساسًا من أجل تعافيك أنت، وليس فقط من أجل مَنْ تقوم بتعويضهم. إذن فبغض النظرعن نظرتك لمَنْ ستقوم بتعويضه، وبغض النظر عما إذا كان يستحق التعويض من عدمه. فعليك أن تتمتع بالتسامح وتقدم التعويض لكل من آذيت حتى لو كانوا هم أيضًا قد آذوك. حتى تستطيع المضي قُدمًا في برنامج ال 12خطوة. لأنك إن لم تتسامح لن تجد مَنْ يسامحك، وإذا لم تكن لديك القدرة على التسامح، كيف تنتظر من الأخرين أن يسامحوك.

الأمانة: في القيام بالتعويض والاعتراف بالخطأ.

المسؤولية: المسؤولية في تقديم التعويضات، والمسؤولية عن الأذى الذي تسببت فيه. كل مرة تقدم فيها تعويضًا سيعلمك هذا ألا تفعل ثانية ما استوجب التعويض. وبهذا تكتسب مسؤولية عن أفعالك. لأنك تعرف الآن أنك إذا تسببت في أذى للأخرين، سيتوجب عليك الاعتذار وتقديم التعويضات.

التحرر: بعد التحرر من ماضيك في الخطوة الخامسة، تتحرر من الشعور بالذنب في الخطوة التاسعة. وتصبح لديك فرصة في عيش حياتك بدون شعور بالذنب، وفرصة لزيادة توكيد حقوقك دون إحساس بالخزي والعار والذنب.

الخطوة العاشرة

واصلنا عملية الجرد الشخصي لأنفسنا واعترفنا بأخطائنا أول بأول.

بعد الانتهاء من تقديم التعويضات المباشرة والممكنة في الخطوة التاسعة يحين وقت الخطوة العاشرة. وهي جَرْد شخصي يومي يُستخدم فيه كل ماتعلمته من الخطوة الرابعة والخامسة والسادسة والسابعة والثامنة والتاسعة، هي نوع من أنواع محاسبة النفس اليومية. وشكل من أشكال التأمل اليومي.

حتى تتوصل إلى معرفة ما أخطأت فيه يوم بيوم. وما كان يُفترض بك فعله ولم تفعله. وما كان لا يُفترض بك فعله وفعلته. وفيه أيضًا تعرف الإيجابيات التي قمت بها وليس فقط السلبيات. كما ترى كيفية تعاملك مع المشاعر والأحاسيس التي انتابتك خلال اليوم.

من خلال فحصك ليومك تتمكن بصورة أفضل من أن تقرر كيف ستواجه الغد. بما يُفترض بك فعله وما يُفترض بك تجنبه. الجَرْد اليومي وسيلة فعَّالة لضمان استمرار محاسبتك لنفسك. وسبيل لحسن إدارة حياتك، وعدم تكرار نفس الأخطاء في اليوم التالي، الجَرْد يُمكِّنك من أن تصبح أكثر إيجابية مع مرور الأيام.

الخطوة العاشرة تجميع لكل الخطوات السابقة. فهي تتطلب مراجعة كل الخطوات يوميًا. مراجعة كل ماتعلمت في البرنامج. بالإضافة إلى كونها فحص شخصي ليومك.

نقوم بالخطوة العاشرة من أجل الإدراك المستمر لما نشعر به ونفكر فيه. وهي أهم تقرير لما سنقوم به. فالمدمن معرض دائمًا للرجوع للسلوكيات الخطرة والسلبية. لذا عليه أن يستمر في تحسين نفسه حتى لا يفقد السيطرة على حياته. اللحظة التي يتوقف فيها عن العمل على نفسه، هي لحظة يمكن أن يعود فيها إلى السلوكيات السلبية فيصبح معرض للانتكاسة. طبيعة الشخصية الإدمانية هي اختيار الاختيار الخاطئ. الخطوة العاشرة تضعك على المسار المستقيم.

الانتكاسة في برنامج ال12 خطوة لا تعني فقط العودة للمخدرات. فالتعاطي هو آخر مرحلة من مراحل الانتكاسة. نحن لا نتعاطي المخدرات فنتعرض للانتكاس. بل ننتكس فنلجأ للمخدرات. الانتكاسة تبدأ من اللحظة التي تهمل فيها نفسك وتتوقف عن مشاركة أفكارك السلبية منها والإيجابية. فتفقد السيطرة على أولوياتك، وتساوم في مبادئك وتهمل تطبيقك لبرنامج ال12 خطوة. أو تنشغل بأمور أخرى في حياتك مثل عملك وحياتك الأسرية والاجتماعية على حساب اهتمامك بمشكلتك الأساسية إدمانك. وترجع بالتدريج لشخصيتك القديمة أثناء إدمانك النَّشِط.

الخطوة العاشرة تضمن لك أنك حتى لو قصَّرت خلال يومك، سيكون لديك الفرصة لمحاسبة نفسك في نهاية اليوم، فالخطوة العاشرة تضمن ألا تنسى أو تتناسى. لأن المدمن عندما ينسى نفسه ينتكس في النهاية.

أشكال الجرد اليومي

استخدام ورقة وقلم أثناء الجرد اليومي ضروري. هناك أشكال كثيرة وردت في كتب الزمالات عن الجَرْد اليومي. ما سنناقشه هنا هو ما ورد في كتاب «لليوم فقط». وهو عبارة عن بعض من الأسئلة عن نفسك، تقودك إلى معرفة أفضل لنفسك. مثل:

هل تعاطيت اليوم؟ تذكره إن أهم شيء في يومك ألا تتعاطي المخدرات، ولذا يجب عليك أن تكرر هذا السؤال كل يوم.

كيف تصرفت اليوم بصورة تختلف عن طريقة تصرفي في الماضي؟

هل كان مرض الإدمان مسيطرًا على حياتي اليوم؟ وكيف؟

ما الأشياء التي قمت بفعلها وتمنيت أني لم أفعلها؟

هل كنت منصفًا مع نفسي اليوم؟ وكيف؟

هل كان يومي جميلًا؟ هل كنت فرحًا؟ هل كنت هادىء البال والذهن؟

إذا استخدمت تلك الأسئلة الخمسة أثناء الجَرْد اليومى فأنت متعافٍ.

الجزء الثاني من الأسئلة يتضمن جَرْد عن برنامج ال12 خطوة:

هل قرأت من كتيبات زمالة المدمنين المجهولين اليوم؟

ما الخطوات التي طبقتها عن وعي وإدراك؟

هل اعترفت اليوم بفقدان السيطرة؟

هل كنت قادرًا على وضع ثقتي بالله اليوم؟

ماذا تعلمت عن نفسي اليوم؟

هل قدمت أى اعتذار اليوم؟ هل أنا مُدان بأي شيء؟ هل اعترفت لأي شخص كان بخطئي اليوم؟

هل كنت قلقًا بشأن الأمس أو الغد؟

هل أقبل نفسي كما هي اليوم؟

أسئلة تخص علاقتك بدائرة الثقة من المحيطين بك من أهلك وأصدقائك ومشرف الزمالة:

هل تحدثت اليوم مع موجهي؟

هل حضرت أحد اجتماعات زمالة المدمنين المجهولين اليوم؟

هل شاركت بخبراتي وقوتي وأمالي؟

مَنْ الأشخاص الذين أثق بهم اليوم؟

أيُّ أُناسٍ يثقون بي اليوم؟

المجموعة الرابعة من الأسئلة تدور حول حياتك ووجودك وسط المجتمع والعالم:

هل شعرت اليوم بأنك جزء من الإنسانية؟ (يشعر المدمن أثناء الإدمان النَّشِط أنه منفصل عن كل العالم. بعد التعافي يُفترض أن تصبح جزءًا من مجتمع. وأن تكون على صلة بإنسانيتك وتقوم بدورك كإنسان بأن تساعد شخص آخر).

هل سمحت لأي فكرة بأن تسيطر على نفسي اليوم؟

ما نعم الله عليَّ ؟ وكيف شكرته اليوم؟

هل قمت بأي عمل اليوم يضر بي أو بالأخرين؟ ما هو؟ هل أنا مستعد لتغيير نفسي اليوم؟

هل صليت ودعوت ربي اليوم؟ وكيف كان أثر ذلك على حياتي؟ ما المبادئ الروحية التي طبقتها اليوم؟

هل كان أهم شيء عندي اليوم ألا أتعاطي؟

المجموعة الأخيرة: لليوم فقط، سيكون تركيز أفكاري على مجموعتي الجديدة لا على مَنْ يتعاطون. تركيز أفكاري اليوم على مَنْ وجدوا طريقة جديدة للحياة، وطالما اتبعت هذا السبيل، فلا مجال للخوف:

هل أعطيت من نفسي للغير بدون مقابل؟

هل كانت لديَّ مخاوف في حياتي اليوم؟

هل شعرت بالألم أو الفرح الشديد اليوم؟

هل زرت أو اتصلت بأحد أعضاء زمالة المدمنين المجهولين اليوم؟

هل دعوت بالخير لأي شخص اليوم؟

هل كنت فرحًا اليوم؟ وهل كنت هادئ البال اليوم؟

هل تذكرت بوعي أن لديَّ حرية الاختيار اليوم؟

هذه مجموعة من الأسئلة التي تسهل عملية الجَرْد اليومي لنفسك.

من المهم عند بداية تطبيق الخطوة العاشرة استخدام العديد من الأسئلة، وأن يكون حجم الجَرْد كبيرًا؛ لأننا نُدرِّب أنفسنا حتى نستطيع مع الوقت القيام بذلك الجَرْد بيننا وبين أنفسنا. فنختصر عدد الأسئلة مع الوقت، حتى نصل لمرحلة القيام بالجَرْد الشخصي في أذهاننا بدون ورقة وقلم.

مبادئ الخطوة العاشرة

الأمانة: من المهم أن تقيم نفسك بأمانة أثناء قيامك الجَرْد اليومى.

الالتزام: الالتزام في عمل الجَرْد اليومي ، وتصحيح أي تقصير.

التصرف بوعي

الخطوة الحادية عشرة

سعينا من خلال الدعاء والتأمل لتقوية صلتنا الواعية بالله على قدر فهم كل منا له، داعين فقط لمعرفة مشيئته لنا وأن يعطينا القوة على تنفيذها.

الخطوة الحادية عشرة هي الخطوة التي نخرج فيها عن إرادتنا الذاتية ونتخلص منها. وفيها نحاول جاهدين أن نكون متوافقين مع إرادة الله ومشيئته لنا. هي أن نحاول أن نعيش بما نعتقد أن الله يريده لنا. في كل أمور حياتنا، وفي كل فعل من أفعالنا، أن نميِّز ما نشعر به ونريده بإرادتنا الذاتية، وما

يريد الله مني أن أفعله. هو من وضعني في هذا المكان والزمان لغرض وقصد. إلا أننا لا يمكننا أبدًا أن ندعي أننا قادرون على تنفيذ إرادة الله لنا، أو أن ندعي أن ما نفعله هو إرادة الله لنا، بدون أن نكون طبقنا وعشنا العشر خطوات السابقة في البرنامج. لأن مسار العشر خطوات السابقة أخرجنا فعلًا من إرادتنا الذاتية، أصبحنا نتبع المبادئ والمشورة مع الأخرين، و أصبحنا نُقيّم أي فعل في حياتنا، نعرف ما الصواب والخطأ، ونتبع الصواب ونتجنب الخطأ.

وصولك للخطوة الحادية عشرة بعد هذا المسار الطويل، هو ما يجعلك تستطيع أن تقول أنك سوف تحاول جاهدًا أن تعرف ما يريده الله لك، ومن خلال الدعاء والصلاة والتأمل، سوف تحاول أن تنفذ مشيئة الله لك. وسوف يكون لديك القوة على تنفيذها.

الخطوة الحادية عشرة تحضر إلى الأذهان شعيرة من الشعائر الدينية الإسلامية، ألا وهي الاستخارة، التي تلجأ إليها عندما تكون في حيرة من أمر ما، ولاتعرف ما يريده الله منك، فتقوم بصلاة الاستخارة وتخشع كثيرًا في الصلاة، وتدعو دعاء الاستخارة، وتطلب من الله أن يُبين لك الخير، ومن خلال هذه الصلاة، تخرج بشعور أن الله سوف يرشدك للطريق، وعندما ترى هذا الطريق وتلك البيِّنة، سوف تشعر أن صلاتك أعطتك القوة على تنفيذ ذلك. وهي تحضر للأذهان الصلاة من أجل معرفة مشيئة الله في المسيحية. السعي لمعرفة مشيئة الله وتحقيقها هو هدف الروحانية وغايتها.

في الخطوة الحادية عشرة تقوم بفعل أمرين الصلاة أو الدعاء والتأمل. وكأن الصلاة هي وسيلة للاستعانة بالله، ووسيلة للتحدث إلى الله ومناجاته والدعاء له. التأمل بعد الصلاة هو الوقت الذي ترى فيه كيف سيقوم الله بتوجيهك، وما سوف يرشدك إليه. وفي الصلاة اكتساب القوة، وفي التأمل رؤية الصواب.

في كثير من الأحيان سوف تكون الأمور ظاهرة لك، فترى إرادتك وإرادة الله بوضوح. حيث إن ما تريده قد لا يكون مبنيًّا على أي مبادئ. وقد يكون مايريده الله منك أصعب بكثير مما تريد أنت أن تفعله. لذلك من خلال الخطوة الحادية عشرة نسعى لتقوية صلتنا الواعية بالله حتى تعطينا القوة على تنفيذ إرادته. وفي كثير من الأحيان تكون إرادته هي الطريق الصعب، غير الممهد.

في هذه الخطوة يتخذ الدعاء والتأمل شكلًا روحانيًا متسعًا وليس محددًا أو محدود بالمرة، ولذلك مطلوب منك في خلال تطبيق الخطوة الحادية عشرة أن تدعو الله كثيرًا، وتكثر من الصلاة ونتأمل في ما يريده الله لنا. ولكن كل منا على حسب معتقده، وعلى حسب ما يرتاح اليه.

في الخطوة الحادية عشرة نرى كل شخص منا يقوم بتطبيقها بطريقته الخاصة. فمنَّا مَنْ يقوم برحلة دينية أو يعتكف أو يقوم بعمل عمرة أو زيارة دير أو مكان مقدس. ومنَّا مَنْ يفضل الذهاب إلى مكان جميل في الطبيعة أو رحلة نهرية أو بحرية وهلمَّ جرًّا.

ليستغل وقته كله في الدعاء والتأمل في حياته السابقة، ويتأمل في إرادة الله له، والكيفية التي سيقضي بها باقي حياته. وقد يرجع من هذا الوقت بشعور أن لديه طريق مرسوم. ولديه القوة ليحيا هذا الطريق. فالصلاة والتأمل في تلك الخطوة ليس لها أي ارتباط بأي عقيدة أو ديانة، كل منَّا يقوم بتنفيذها على حسب معتقده، وعلى حسب ديانته، أو حتى بعيدًا عن أى ديانة، يقوم بتطبيقها بطريقة تناسب تفكيره، فهناك مَنْ يرتاح في التأمل في مكان هادئ، ليقوم بتصفية ذهنه والتخلص من

تحفظاته، والتحرر من إرادته الذاتية، فيحاول أن يرى حياته بمنظور جديد، ويستكشف ما يريد الله أن يفعل بها.

عند تطبيق الخطوة الحادية عشرة، يجب أن تسأل نفسك عند كل موقف يواجهك: ما إرادة الله لي؟ وما إرادتى أنا؟ ثم تسعى لأن تجعل الإثنين متوافقين. أن تجعل إرادتك هي إرادة الله. وترى في النهاية أن كل أمر تقوم به بناءً على المبادئ هو ما يريد الله لك، وأي أمر خلاف ذلك تقوم به بناءً على إرادتك وغرائزك واحتياجاتك وعيوبك.

الخطوة الحادية عشرة طريق تحرر طويل من إرادتك الذاتية. هو طريق الدعاء والتأمل. عليك أن تشتغل طويلًا على نفسك. الله يريد لنا أن نتواضع، وأن نعترف بمحدوديتنا بوضعنا الحالي، وأن تستشير الأخرين. وأن نطبق المبادئ في كل أمور حياتنا. يريدنا أن نعترف بأخطائنا ونقدم تعويضات لمَنْ أخطأنا في حقهم. أن نراجع أنفسنا دائمًا فنميِّز بين الصواب والخطأ، وفي الأخير هو قد مهد هذا الطريق؛ لأن نكون معه وأن تكون إرادتنا متوافقة مع إرادة الله.

تخيّل أن تعيش حياتك وأنت تشعر أن ماتفعله هو إرادة الله لك. تصور مدى القوة والثبات الذي يعطيه لك هذا الشعور.

كلما كان ما تقوم بفعله في حياتك نابع من إرادة الله لك، كلما كانت لديك القوة على تنفيذه. مهما كان صعبًا ومهما كان ثقيلًا عليك. لأن تطبيق إرادتك الذاتية كثيرًا ما يكون أسهل. كثيرًا ما سيكون عليك أن ترى ما هو الطريق الأصعب وتقوم باختيار السلوك فيه.

اختيارك دائمًا لما هو أسهل هو تعبير عن مرضك. الاختيار الأسهل غالبًا ما يكون اختيار إرادتك الذاتية.

لكن من خلال إيمانك أنك تقوم بما تقوم به من أجل تنفيذ إرادة الله لك، سوف يعطيك القوة من أجل تنفيذ ذلك الاختيار الأصعب. الخطوة الحادية عشرة هي التأمل والدعاء والصلاة من أجل اكتساب القوة لتنفيذ إرادة الله لك.

مبادئ الخطوة الحادية عشرة هي الالتزام والتواضع، من أجل التخلص من إرادتك الذاتية وأن تعرف وضعك، ومحدودية إمكانياتك، ومحدودية وعيك.

فالله قادر على كل شيء، وهو يرى ما لا تراه، والشجاعة في التحرك نحو إرادة الله. والإيمان بأن تنفيذ إرادة الله، سوف يصل بك إلى أحسن نتيجة ممكنة.

تتشابه الخطوة الحادية عشرة مع الخطوة الثالثة كثيرًا. إلا أن الخطوة الحادية عشر هي خطوة نحو العمق في ذات الاتجاه. وخطوة أعلى نحو القرب من القوة الأعظم.

الخطوة الثانية عشرة

نتيجة تحقق صحوة روحية لدينا باتباع هذه الخطوات، حاولنا حمل هذه الرسالة للمدمنين وممارسة هذه المبادئ فى جميع شؤوننا.

الخطوة الثانية عشرة هي تتويج لكل ماسبقها من خطوات. مطلوب منَّا فيها أن نستخدم المبادئ في كل شؤون حياتنا. علينا أن نتبع المسار كاملًا حتى نستطيع تطبيقه في كل شؤون حياتنا.

منذ الخطوة الأولى كنا نحاول أن نتبع الأمانة مع أنفسنا. ولكن عند الوصول للخطوة الثانية عشرة تصل إلى مرحلة من الوعي وقدر من القوة حتى نستطيع أن نتبع ونمارس، كل المبادئ التي تعلمناها في جميع شؤون حياتنا. وعندها فقط نستطيع أن نحمل الرسالة لكل المدمنين.

الخطوة الثانية عشرة هي أخر خطوة في البرنامج، وهي خطوة غير مغلقة. خطوة لا نهاية لها ولا نتممها. تطبيقها لا يعني انتهاءك من البرنامج؛ لأن هذه الخطوة تنص على الاستمرار في تطبيق كل الخطوات في جميع أمور حياتنا، بالإضافة إلى حمل الرسالة إلى جميع المدمنين أيضًا، فلابد أن نستمر في هذه المسيرة طول حياتنا.

ما الرسالة التي سنحملها؟

هناك رسالتان: الرسالة البسيطة هي أن نقوم بنقل خبراتنا إلى الأخرين. أن نساعد الأخرين بمعرفتنا وخبراتنا التي عشناها. ويمكننا ممارستها أثناء اجتماعات الزمالة وخارجها. وأيضًا عند القيام بدور الموجه ومرشد الخطوات.

الرسالة الأعمق هي أن تحمل الرسالة عن طريق أسلوب حياتك. أن تكون أنت الرسالة. ومن الصعب تنفيذها. أن تكون في كل موقف وكل مكان رسالة للأخرين حتى بدون كلام. مجرد مشاهدتك، ومراقبة سلوكك، ومشاهدة سكينتك، والإحساس بتغييرك هذه هي الرسالة الأعمق والأكثر تأثيرًا. لأن هذا لا ينطوي على مجرد الكلام. عندما يرى الأخرين مدى نجاحك في تعافيك يطلبون التعافي. ولذا حمل هذه الرسالة هو مسؤولية كبيرة. يجب أن تتذكر في كل الأوقات أنك رسالة للأخرين، وهناك دائمًا مَنْ يراقبك، ومن واجبك أن يشعر بالإيجابية في سلوكك. هذه المسؤولية تزيد من وعيك بنفسك وبتصرفاتك.

لن نتأكد من قدرتنا على ممارسة تلك المبادئ في جميع أمورنا إلا عند وصولنا إلى الخطوة الثانية عشرة؛ لأن زيادة الوعي المكتسب من الخطوات السابقة هو ما يُمكّنا من تطبيق هذه المبادئ.

المبادئ الروحية للخطوة الثانية عشر وللبرنامج الكامل:

الحب غير المشروط عند حمل الرسالة للأخرين.

إنكار الذات.

الأمانة.

التفتح الذهني.

النية.

التقبل.

الأمل.

الثقة.

الإيمان.

الاستسلام.

الشجاعة.

الالتزام.

التسامح.

التواضع.

كل المبادئ التي تعلمناها من خلال كل البرنامج. ومن خلال تطبيق هذه المبادئ والعيش العملي لهذا البرنامج نقوم بتوصيل الرسالة والخبرة للأخرين.

الخطوات في كل السلوكيات الإدمانية

وكما أوضحنا يمكن تطبيق الخطوات على أي سلوكي إدماني. وسنعرض هنا القمار كمثال للـ 12 خطوة في السلوكيات غير المرتبطة باستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية:

الخطوات الاثنتا عشرة لمدمني القمار

اعترفنا أننا بلا قوة تجاه القِمَار وأن حياتنا أصبحت غير قابلة للإدارة.

توصلنا إلى الإيمان بوجود قوة أعظم من أنفسنا باستطاعتها أن تعيدنا إلى الصواب.

اتَّخذنا قرارًا بتسليم إرادتنا وحياتنا لعناية الله على قَدرِ فهم كلٍّ منَّا له.

قمنا بعمل جَرْد أخلاقي دقيق وبلا خوف على أنفسنا.

اعترفنا لله، ولأنفسنا، ولشخص أخر بالطبيعة الحقيقية لأخطائنا.

كنَّا مستعدين تمامًا لأن يُزيل الله كل هذه العيوب الشخصية.

سألناه بتواضع أن يخلِّصنا من نقائصنا الشخصية.

قمنا بعمل قائمة بأسماء جميع الذين آذيناهم، وأصبحنا عازمين على تقديم المساعدة لإصلاح حياتهم جميعًا.

قدَّمنا إصلاحات مباشرة لهؤلاء الأشخاص كلما أمكن ذلك، إلَّا إذا كان ذلك يضرُّ بهم أو بالأخرين.

واصلنا عمل الجَرْد الشخصي لأنفسنا واعترفنا بأخطائنا أولًا بأول.

سَعينا من خلال الدعاء والتأمل إلى تحسين صلتنا الواعية بالله على قَدرِ فهمنا، داعين فقط لمعرفة مشيئته لنا والقوة على تنفيذها.

نتيجة لتطبيق هذه الخطوات، وبتحقيق صحوة روحية لدينا، حاولنا حمل هذه الرسالة لمدمني القمار وممارسة هذه المبادئ في جميع شؤوننا.

وكما نرى فهذه هي نفس الخطوات لمدمني الكحول ولمدمني المخدرات وكل الإدمانات الأخرى

سواء المتعلقة بمواد مغيرة للحالة المزاجية أو بسلوكيات أخرى، والفارق الوحيد هو استخدام اللفظ المشير لنوع الإدمان في الخطوة الأولى والخطوة الثانية عشرة.

التقاليد الإثنا عشر لزمالة المدمنين المجهولين (م.م)

الزمالات ليست شركات ولا مؤسسات دينية ولا هي جمعيات خيرية. حتى وإن كانت قد تتعاون، أو تعمل تحت غطاء أيًّا من هذه المؤسسات أحيانا، فهي تحرص على الاحتفاظ باستقلاليتها وحرية حركتها ومجهولية أسماء أعضائها. وحيث إنه لا توجد لوائح تحكم زمالات ال 12 خطوة فهي كلها تعتمد على التقاليد ال12 لتنظيم عملها والحفاظ على مبادئها. وهي أيضًا تتشابه في كل الزمالات سواء كانت زمالات تتعلق باستخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية أو زمالات تتعلق بسلوكيات أخرى. والتقاليد الـ12 لزمالة المدمنين المجهولين (م.م.) هي:

التقليد الأول

أن مصلحتنا المشتركة تأتي في المقدمة، والتعافي الشخصي يعتمد على وحدة صفوف زمالة (م.م).

التقليد الثاني

لأجل تحقيق هدف مجموعتنا يجب أن تكون هناك سلطة عليا واحدة – إله رحيم تشمل رحمته ضمير مجموعتنا- أما قادتنا فما هم إلا خدم أُمناء موثوق بهم لخدمة المجموعة، فهم لا يحكمون.

التقليد الثالث

المطلب الوحيد للعضوية هو الرغبة في الامتناع عن التعاطي.

التقليد الرابع

ينبغي على كل مجموعة أن تكون مستقلة بذاتها، إلا في الأمور التي تمس المجموعات الأخرى أو تمس زمالة (م.م).

التقليد الخامس

لكل مجموعة هدف أساسي واحد، هو حمل الرسالة إلى المدمن الذي لا يزال يعاني.

التقليد السادس

لا يجوز لأي مجموعة من زمالة (م.م) أن تؤيد، أو تمول، أو تسمح باستخدام اسم الزمالة لأي مرفق ذي نشاط مشابه أو أي مشروع خارجي ؛ لكي لا تؤدي مشاكل المال أوالأملاك أوالجاه لإبعادنا عن هدفنا الأساسي.

التقليد السابع

أن كل مجموعة من زمالة (م.م) يجب أن تعتمد على نفسها تمامًا، وأن ترفض أي معونات خارجية.

التقليد الثامن

ينبغي أن تظل زمالة (م.م) جمعية غير مهنية، و يجوز لمراكز الخدمات الخاصة بها أن تُوظِّف بعض الموظفين المتخصصين.

التقليد التاسع

لا ينبغي أن يكون لزمالة (م.م) هيكل تنظيمي، ولكن يمكن أن تُؤلَف لجان أو مجالس خدمات تكون مسؤولة بشكل مباشر عن الذين تقوم على خدمتهم.

التقليد العاشر

لا تدلي زمالة المدمنين المجهولين (م.م) بأية آراء بخصوص المواضيع الخارجية ، ولذلك لا ينبغي أن يكون اسم زمالة (م.م) مثار جدل.

التقليد الحادي عشر

سياستنا في العلاقات العامة قائمة على عنصر الجذب وليس الدعاية، إذ يجب أن نحافظ دائمًا على الهوية الشخصية المجهولة على صعيد الصحافة، والإذاعة، والأفلام.

التقليد الثاني عشر

المجهولية هي الأساس الروحاني لكل تقاليدنا، وهي تذكرنا دائمًا بأن نضع المبادئ قبل الشخصيات.

تذكر

أول اجتماع لأي من زمالات ال١٢ خطوة كان بين إثنين من مدمني الكحول عام ١٩٣٥م.

تطبيق البرنامج يتم من خلال الزمالة واجتماعاتها وأعضائها، ومن خلال نشر الخطوات وأدبيات الزمالة (الكتب والنشرات).

اجتماعات زمالات ال12خطوة مجانية. ويقودها بالضرورة مدمن متعافٍ تطوعًا بلا أجر. وفي حالة كونه مهنيًّا (طبيبًا أو أخصائيًّا أو مشيرًا إلخ)، فهو لا يقود الاجتماع بصفته المهنية بل بصفته مدمنًا متعافيًا فقط.

بينما تيسير ال12خطوة هو مدخل مهني من مداخل العلاج والمشورة، ويحق تقاضي أجر عليه. وهو يتضمن شرح الخطوات، وتشجيع المدمن على حضور الاجتماعات، وطمأنته والإجابة على تساؤلاته، وتعريفه على أحد أعضاء الزمالة؛ ليذهب معه للاجتماع. إضافة لشرح البراهين العلمية على فعالية البرنامج .

وعيك بالخطوات وفهمك لها وفهمك لكيف يطبقها المتعافي ضروري لتيسيرك الفعال لل12-خطوة. وكذا اتصالك وحسن علاقتك بالزمالة وأعضائها واحترامك لتقاليدها.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

اكتب في 3 سطور أهم ما تتذكره عن نشأة برنامج الـ12 خطوة وانتشاره في العالم.

- ما أهم الفروق في طبيعة دور مشرف برنامج الـ12 خطوة ومشير الإدمان؟ وما شروط القيام بكل دور منهما؟

- اكتب عن خبرتك السابقة وما عرفته عن برامج الـ12 خطوة في ثلاثة سطور، وعن كيفية تطوُّرك بعد دراستك لهذا الفصل.

- اشرح الخطوات الخمس الأولى في سطرين لكل خطوة.

- اذكر 3 صعوبات أو مخاوف قد يواجهها مَنْ يُطبق إعداد قائمة «الذين آذيناهم» في الخطوة الثامنة.

- اكتب الخطوة الثانية عشر بكلماتك أنت.

- ما الطرق التي يُمكنك لو أحببت استخدامها لِتُطوِّر تيسيرك للخطوات الـ12، أكتب 3 اقتراحات محددة يمكنك القيام بها في المستقبل؟

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Cheever, S. (2004) My Name is Bill: Bill Wilson: His Life and the .Creation of Alcoholic Anonymous, Simon and Schuster

Cornerstone of Recovery (2018) A History of the Twelve Steps, .www.cornerstoneofrecovery.com accessed 7/10/2020

Donovan DM, Ingalsbe MH, Benbow J, Daley DC (2013) 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview. Soc Work Public Health. 2013;28(0): 313– .332

Donovan D.M., and Wells E.A.(2007) “Tweaking 12-step”: The potential role of 12-Step self-help group involvement in .methamphetamine recovery. Addiction 102(Suppl. 1):121-129, 2007

Humphreys, K (1999) Professional Interventions That Facilitate 12-Step Self-Help Group Involvement, Alcohol Researh Health, 1999; .23 (2): 93-98

Kelly, J., Kaminar, Y., Kahler, C., Hoeppner, B., Yeterian, J., Cristello, J.& Timko, C., (2017) A pilot randomized clinical trial testing integrated 12Step facilitation (iTSF) treatment for adolescent substance use disorder, Addiction Volume 112, Iss 12, Pages 2081-.2280, E1-E16

Manning V, Best D, Faulkner N, et al. (2012) Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial. Drug Alcohol .Depend. 2012;126(1-2):131-7

Mendola A, Gibson RL. (2016) Addiction, 12-Step Programs, and Evidentiary Standards for Ethically and Clinically Sound Treatment Recommendations: What Should Clinicians Do? AMA Journal of .Ethics. 2016;18 (6): 646-55

Narcotics Anonymous World Service Office (2020) Information about .NA

.https://www.na.org/?ID=PR-index accessed 7 October 2020

National Institute on Drug Abuse (2018) 12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiastes), Principles of Drug Addiction .(Treatment (Third Edition

Nowinski, J., Baker, S. & Caroll, K. (1999) Twelve Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, Rockville, .Maryland

Ries, R., Galanter, M. & Tonigan, J. (2008) Twelve-Step Facilitation: An Adaptation for Psychiatric Practioners and Patients, in Textbook of Substance Abuse Treatment, 8th Edition. The American .Psychiatric Association. Washington DC, London, England

Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment .drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol 58(1)7-29, 1997

Timko C, Debenedetti A, Billow R. Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder .outcomes. Addiction. 2006;101(5):678-88

Wagener, D (2020) What is the Success Rate of AA? American Addiction center, 19 May 2020

https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/12-step/whats-the-success-rate-of-aa

Wells, E. Donovan, Daley, C, Doyle, S. Brigham, G. Garrett, S. Ingalsbe, M, Hatch-Maillette, M. Perl, H.& Walker, R. (2014) Is Level of Exposure to a 12-Step Facilitation Therapy associated with Treatment Outcome? Journal of Substance Abuse Treatment, .Volume 47, Issue 4, October 2014, Pages 265-274

الفصل الثاني

المقابلات الدافعية

المقابلات الدافعية أسلوب للمشورة يستهدف التعامل مع ازدواجية الميل. وازدواجية الميل هي الرغبة في الشيء وفي نقيضه في ذات الوقت. المقابلات الدافعية تستهدف تعزيز الدوافع تجاه الخيار الإيجابي. التغيير السلوكي هو عملية من خمسة مراحل يمُرُّ بها الفرد قبل أن يصل إلى التغيير المستدام في سلوكه. التغيير السلوكي يمُرُّ بستة مراحل: مرحلة ما قبل التفكر، التفكر، الاستعداد، التنفيذ ثم الصيانة أو الاستمرارية. وتضاف مرحلة الانتكاسة. المقابلات الدافعية تستهدف تحفيز الفرد للانتقال من أحد هذه المراحل إلى المرحلة التي تليها. وللمقابلات الدافعية خمسة مبادئ أساسية هي المواجدة وتكوين الفارق والكفاءة الذاتية وتجنب المجادلة والدوران مع المقاومة. ومرحلة الأساس فيها تعتمد 5 استراتيجيات الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن والتشجيع والتلخيص واستثارة الجمل الدافعية. المُواجَدَة حجر الزاوية في المقابلات الدافعية وهي الدخول إلى وجد (ألم ومرض وشغف وحماس ومكابدة وهوى وعشق) إنسان آخر. والإنصات المُتَمَعِن مهارة أساسية للتفاعل. الإنصات ليس مجرد الاستماع، بل هو استماع يسعى إلى فهم ما يريد المتكلم قوله.

في مرحلة منتصف الطريق يبدأ المشير في ملاحظة مؤشرات الاستعداد للتغيير، ويقوم بتقديم تجاوب (فدبكة)

مع أسئلة العميل عن الحلول والاقتراحات، مع استمرار الحرص على عدم الوقوع في الفخاخ التي تعطل الدافعية، كفخ السؤال والجواب وفخ الخبير، وعلى التعامل الفعَّال مع المقاومة التي تظهر في مظاهر كالمجادلة والإنكار والتجاهل.

ونظل حريصين على تطبيق مبادئ المقابلات الدافعية، حتى في المرحلة الأخيرة مرحلة تقوية العزم على التغيير، نقوم بوضع الأهداف واستكشاف البدائل، ووضع خطة عمل وإعلان الالتزام والمتابعة للتنفيذ، بتطبيق المواجدة ودعم الكفاءة الذاتية واللجوء للاستراتيجيتين الأساسيتين: الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن قدر الإمكان.

المقابلات الدافعية Motivational Interviewing هي أحد أساليب المشورة والعلاج النفسي، التي تستهدف بشكل خاص التعامل مع ازدواجية الميل ambivalence . ازدواجية الميل هي ميل الفرد لسلوك أو قرار معين لدرجة ما، وفي نفس الوقت ميله للسلوك أو القرار المعاكس أيضًا بدرجة أخرى. كميل الشاب للهجرة مثلًا حيث فرص التقدم المادي أو المهني، وفي ذات الوقت نجده يميل للبقاء في وطنه مع أهله وأصدقائه الذين يحبهم والأماكن التي يعتاد عليها ويستريح فيها. أو تردد فتاة بين قبول عرض الزواج من سامي الشاب العاقل المتزن والمناسب لها، وبين رفض عرض الزواج هذا حيث لا تشعر بإعجاب شديد بسامي ولا تحس بشرارة الحب له.

الواقع أننا في معظم قراراتنا لا يكون ميلنا مئة في المئة للقرار. ازدواجية الميل ظاهرة إنسانية طبيعية.

لكن ازدواجية الميل تبدو في أقصى صورها عند أصحاب السلوكيات الإدمانية. مدمن النيكوتين

يريد أن يتوقف عن التدخين لشعوره بأضراره على صحته، لكنه يحب في ذات الشعور الطيب الذي يمنحه له التدخين، كما يخشى من زيادة وزنه لو توقف عن التدخين، ويخشى أيضًا من الإحباط لتكرار فشل محاولاته السابقة. يشعر كل مدمن بازدواجية الميل بدرجات متفاوتة، ازدواجية الميل واضحة لدى كل مدمن، من مدمن القمار أو الجنس أو الأكل إلى مدمن الهيروين أو الكوكايين.

والملاحظ أن النصح أو المواجهة غالبًا ما تؤدي إلى نتيجة عكسية لدى المدمنين، وأيضًا لدى غير المدمنين. فإذا قلت لشخص مزدوج الميل من نحو قرار الهجرة: سافر يا بني هناك ستُؤَمِّن مستقبلك وتربح مالًا وفيرًا، غالبًا سيقول لك لكني أخشى من الغربة، ثم الأرزاق بيد الله، وأنا أيضًا لا أحب أن أربي ابنتي في أمريكا، فتتطبع بطباعهم المتحررة. وإذا قلت له بلدك أولى بك فلتبقى بين أهلك وناسك، لقال لك لكن الإمكانيات المادية صعبة والتعليم الجيد مُكلِّف وفرص العمل محدودة هنا، وهكذا.

لذا قام وليم ميلر William Miller وستيفن رولنيك Stephen Rolnick في أوائل الثمانينيات من القرن العشرين بتقديم أسلوب متكامل للتعامل مع ازدواجية الميل، هو المقابلات الدافعية.

المقابلات الدافعية هي من جهة أسلوب للمشورة، يتمحور حول العميل وفقًا لمدرسة كارل روجرز Karl Rogers ، ومن جهة أخرى للمقابلات الدافعية هدف واضح، هو التغلب على ازدواجية الميل في اتجاه التعامل الإيجابي مع السلوك الإدماني وتغيير السلوك الإدماني. بخلاف مدرسة كارل روجرز التقليدية التي تحث المشير على عدم وضع أي هدف على الإطلاق، وترك العميل يستكشف أهدافه ويختارها بُحرِّيَّة كاملة.

المقابلات الدافعية تستهدف زيادة الدافع الداخلي للعميل، ومساعدته على أن ينبع التغيير من داخله وليس من خارجه. وعليه فإن القائم على العلاج يدرك أنه ليست له أي سلطة في إصدار الأوامر للعميل؛ لأن التغيير ينبع من داخل الفرد نفسه.

الشروط الهامة للتغيير داخل أي جلسة

من أهم إسهامات روجرز في علم المشورة ، أنه حدد ثلاثة شروط تُمكِّن المستشير أو العميل من تحقيق التغيير:

المُوَاجَدَة الدقيقة: المُوَاجَدَة هي الدخول إلى عالم الآخر الداخلي، ورؤية الكون بعينيه، والشعور بأحاسيسه، وتَفهُّم أفكاره ودوافعه، وليست التعاطف معه، ولا الموافقة على أفكاره، ولا تبرير مشاعره، بل هي مجرد تفهمها والإحساس بها.

الدفء من غير استحواذ: التباعد والبرود الوجداني لا يشجع على التغيير. يجب أن يعطي المشير للمستشير قدرًا من الاهتمام والرعاية والقبول. لكن أحيانا ما يكون الدفء مشروطًا: سأحبك طالما تفعل ما أريد، وتعطيني الأولوية في حياتك. هذا دفء استحواذي لا يؤدي إلى تغيير صحي مستدام.

الأصالة والصدق: لا يؤدي افتعال المشير أو تصنُّعه إلى تغيير حقيقي في المستشير. ليس من حق المستشير أن يقول للمشير أمرًا هو غير مقتنع به، أو يمدح المستشير مثلًا على جهده، وهو لا يرى

أن العميل قد بذل أي جهد.

المواجهة هدف وليست نهجًا

المقابلات الدافعية تهدف بلا شك لأن يواجه المستشير نفسه، ويتغلب على الإنكار، فيرى الحقائق كما هي. المواجهة المستهدفة هي أن يرى العميل بنفسه الواقع ويقبله، وبعدها يبدأ في التغيير طبقًا لهذا الواقع. وهي تزيد من وعيه بمشاكله وإدراكه لاحتياجه، ومن ثَمَّ تزيد دافعيته لعمل شيء تجاهها. لكن في المقابلات الدافعية لا يقوم المستشير بالمواجهة، بل يتجنب هذه المواجهة؛ لأنه يعرف أنها غالبًا ستزيد من مقاومة العميل لأي تغيير.

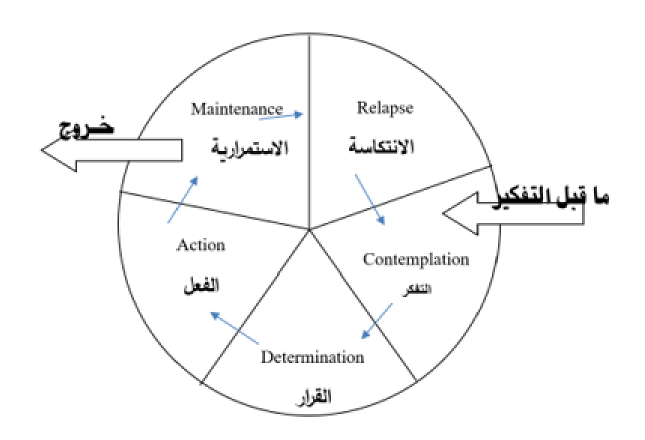
المقابلات الدافعية مثل الجودو في الرياضة، وليست مثل الملاكمة. ففي الملاكمة يطرح الملاكم خصمه أرضًا بتوجيه لكمات مباشرة له، معتمدًا على قوة اللكمات وحسن توجيهها. في الجودو يستخدم لاعب الجودو قوة خصمه ليطرحه أرضًا. فهو يدور مع مقاومة خصمه فاتحًا لخصمه المجال ليُسقط نفسه على الأرض.

أحيانا ما نقوم بمواجهة عملائنا بشكل مباشر، وقد يكون حادًا، ظنًّا منَّا أن هذا يساعدهم على التغيير، لكن يجب أن ينطلق هذا التغيير من داخل العميل عند زيادة وعيه، وليس فرضًا لوجهة نظر خارجية تأتي من أي شخص آخر. إن المقاومة تعني أن العميل ليست لديه دافعية كافية للتغيير، لذلك يجب ألا أحاول كسر هذه المقاومة، لكن أميل معها؛ حتى يخرج دافع التغيير من داخله.

الخلاصة هي أن كل شخص لدية طاقة وقدرة على التغيير، ومهمة المعالج هي إطلاق هذه الطاقة.

لذا يجب أن نعامل العميل باحترام فهو حليف، وليس خصمًا يجب عليه معاندته. ومن حق أى فرد أن يأخذ الوقت، ليتبصر ويجد ما يجب أن يفعله لنفسه.

يجب أن نذكر بأن تجنب المواجهة كأسلوب هو خاص بالمقابلات الدافعية، فليس معنى هذا أن المواجهة ممنوعة تمامًا في كل مدارس المشورة. فالعلاج بالواقع Reality Therapy لدى ويليام جلاسر مثلًا يقوم أساسًا على المواجهة. إنما علينا في كل الأحوال أن ندرك أن المواجهة لا تأتي بنتيجة، ما لم يكن العميل واثقًا في دوافع المشير ونيته، ومدركًا أن المشير يسعى لمصلحته، ومقدِّرًا لخبرة ومعرفة المشير، ومستعد لتقبل المواجهة التي سيجريها المشير. فحتى في مدارس العلاج بالواقع، المواجهة قبل أوانها لا تُؤتي الثمار المرجوة منها، بل وقد تؤدي إلى نتائج عكسية.



مراحل التغيير لبروتشاسكا وديكلمنتي
Prochaska and DeClemente

بناءً على نموذج بروتشاسكا وديكلمنتي الذي يؤلف بين عدة نظريات نفسية (نموذج عابر للنظريات Transtheoretical) ، فإن التغيير السلوكي هو عملية من خمسة مراحل، يمُرُّ بها الفرد قبل أن يصل إلى التغيير المستدام في سلوكه. وهي : مرحلة ما قبل التفكر (ما قبل التأمل)، التفكير (التأمل)، الاستعداد، التنفيذ والصيانة أو الاستمرارية. وتضاف مرحلة الانتكاسة. لذا يُعرَف هذا النموذج بنموذج مراحل التغيير.

في مرحلة ما قبل التفكر Precontemplation قد لا يشعر الفرد بوجود مشكلة في سلوكه تحتاج إلى تغيير. وهذه المرحلة تُعَد مرحلة عدم التبصر والإنكار. وبعدها ينتقل إلى التبصر التدريجي للمشكلة، ويتأمل حقيقة احتياجه للتغيير، فتتكون لديه ازدواجية ميل وتأرجح ما بين الاحتياج للقيام بعمل مجهود لحل المشكلة، أو بقاء الوضع على ما هو عليه. ومرحلة التفكر هذه تُعد مرحلة الصراع وازدواجية الميل بامتياز. وفي المرحلة التالية يحسم الصراع ويتخذ الفرد قرارًا بضرورة التغيير في سلوكه. وأثناء الاستعداد ينوي الفرد تغيير سلوكه، وغالبًا يقوم باتخاذ قرار واع بطلب المساعدة. بينما في مرحلة التنفيذ، يقوم فعليًّا باتخاذ موقف مثل الالتحاق بأحد البرامج العلاجية، ويُبدي تغييرًا ثابتًا في سلوكه. وأخيرًا يقوم الفرد بصيانة للسلوك الجديد المكتسب، وتُسمَّى هذه المرحلة مرحلة الصيانة أو الاستمرارية. وفي حالة الانتكاسة يعود الفرد مرة أخرى لأول المراحل السابقة، ويمكنه أن يدور مع عجلة التغيير عدة مرات قبل أن يصل إلى الثبات والاستمرارية الدائمة، أي الخروج من العجلة. وقد تأخذ أي مرحلة من هذه المراحل عدة أيام أو قد تستمر لشهور أو حتى سنين.

مبادئ المقابلات الدافعية

للمقابلات الدافعية مبادئ خمسة، نلتزم بها في كل الطرق التي نتبعها في تعاملنا مع العميل (الاستراتيجيات). تختلف الاستراتيجيات وتتطور من مرحلة إلى أخرى ولكن المبادئ تظل كما هي. هذه المبادئ هي:

المُوَاجَدَة Empathy
دعم الكفاءة الذاتية Support Self Efficacy

توضيح الفارق Developing Discrepancy

تجنب المجادلة Avoiding Argumentation

الدوران مع المقاومة Roll with Resistance

وسنشرح المبادئ تفصيلًا في سياق شرحنا لاستراتيجيات المرحلة الأولى (الأسئلة مع تقديم تدريبات عملية على كل مبدأ واستراتيجية كل في موضعه).

حيث سنقدم أولًا مبدأ المُوَاجَدَة، ثم نشرح استراتيجية الأسئلة المفتوحة، والإنصات المُتَمَعِن، والتشجيع والتلخيص، واستثارة العبارات الدافعية.

حيث ترتبط الاستراتيجيتان أساسًا بمبدأ المُوَاجَدَة، وإن كانا يستخدمان أيضًا لتحقيق مبادئ توضيح الفارق وتجنب المجادلة والدوران مع المقاومة. ثم نشرح التشجيع كاستراتيجية تكاد تكون تعبيرًا مباشرًا عن المبدأ الخامس والأخير، ألَّا وهو دعم الكفاءة الذاتية. وأخيرًا نقدم استراتيجيات التلخيص واستثارة العبارات الدافعية أو التحفيزية وهما في الواقع شكلان من الاستراتيجيتين الأولى والثانية، الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن.

الاستراتيجيات المختلفة في مراحل المقابلات الدافعية

المرحلة الأولى: بدايات العلاج (التعامل مع ازدواجية الميل)

1- الأسئلة المفتوحة Open ended questions.

2- الإنصات المُتَمَعِن Reflective Listening.

3- التشجيع أو التوكيد Affirmation.

4- التلخيص.

5- استثارة جمل الدافعية الذاتية

المرحلة الثانية: منتصف طريق العلاج.

التعرف على مؤشرات الاستعداد للتغيير.

تقديم التجاوب (الفدبكة (Feedback.

استمرار التعامل مع المقاومة.

استمرار تجنب الفخاخ والتعامل معها.

المرحلة الثالثة: تقوية العزم على التغيير.

وضع الأهداف.

استكشاف البدائل.

وضع خطة عمل.

إعلان الالتزام.

الانتقال للمراحل العملية والمتابعة.

المرحلة الأولى: أساسات المقابلات الدافعية

ما نؤسس له في المرحلة الأولى من المقابلات الدافعية، هو مبادئ واستراتيجيات ستظل معنا في المرحلتين الثانية والثالثة، مع إضافة عناصر معدودة في كل مرحلة لاحقة للمرحلة الأولى. لذا سنستعرض هنا تفاصيل الاستراتيجيات والمبادئ، إضافة لاستعراضنا لأهم الفخاخ التي قد يقع فيها المشير أثناء محاولة تطبيق المقابلات الدافعية، وأيضًا كيفية التصرف في بعض اللحظات الفارقة، كاستلام نتائج التحليل أو معرفة أخبار غير سارة.

وسنُورِد الاستراتيجيات والمبادئ بالتبادل الذي يتيح فهم أيسر لهم. كما سنُضفِّر في ذات الضفيرة تدريبات للتطبيق أثناء التدريب، تتيح فرصة لفهم أعمق وبناء المهارات اللازمة لعمل المقابلات الدافعية. فنبدأ بشرح الاستراتيجية الأولى، وهي الأسئلة المفتوحة، ونتبع الشرح بتدريب على هذه المهارة، ثم نشرح المبدأ الأول وهو المُوَاجَدَة، ونتلوه بشرح عن الإنصات المُتَمَعِن Reflective Listening ثم تدريبات على الإنصات المُتَمَعِن. أي أن الاستراتيجية والمبدأ المتصل بها والتدريب، ستأتي كلها في الترتيب الذي رأينا أنه ييسر الفهم واكتساب المهارات.

استراتيجيات المرحلة الأولى

الاستراتيجيتان الأساسيتان للمقاربات الدافعية هما الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن. وهما يبدأن في المرحلة الأولى ويستمران طوال الوقت. الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن، هما حجرا الزاوية في استراتيجيات المقاربات الدافعية، فضلًا عن كونهما مهارتين أساسيتين لأي مشير في أي مدرسة علاجية.

الاستراتيجية الأولى: الأسئلة المفتوحة

هي أسئلة تشجع العميل على الاسترسال في الكلام. أسئلة لا تكون إجابتها بنعم أو لا أو بكلمة ولا بعدة كلمات. بل يمكن للعميل أن يستمر في شرح التجاوب معها لمدة طويلة إن شاء، أو على وجه الدقة مدة الإجابة على هذه الأسئلة هي مدة مفتوحة.

الأسئلة التي تبدأ بلماذا أو اشرح لي، أو أوضح لي أكثر قصدك، أو احكِ لي عن مشاعرك هي أسئلة مفتوحة. بينما الأسئلة التي تبدأ بمتى أو أين أو هل هي عادة أسئلة مغلقة (مقفولة).

هناك قدر من الأسئلة المغلقة لا غني عنها مثل: ما اسمك؟ أين تسكن؟ هل أنت طالب أم تعمل؟ لكن الاستمرار في الأسئلة المغلقة لا يعطي مجالًا للمواجدة، وقد يشعر المتكلم أنه قيد التحقيق أو الاستجواب.

أمثلة للأسئلة المقفولة (المغلقة):

- هل أنت مدمن؟ (الإجابة نعم أو لا أو لا أعرف).

- ما سنك؟ عنوانك؟ عمل والدك؟

** أمثلة للأسئلة المفتوحة:

- أحب أعرف عنك أكثر، وعن إيه اللى جابك علشان تتكلم معايا؟

- احكي لي عن اللي شاغلك والمشاكل اللي بتتعامل معاها اليومين دول؟

- تفتكر ليه أنت ممكن تكون مش مدمن؟

- وليه ممكن الناس تقول عليك مدمن؟

- أوصف لى شخصية والدك؟

- كلمنى عن استخدامك للهيروين؟ ابتدى إزاي؟ حسيت بإيه؟ دلوقتى الموضوع اتطور إزاي وأنت حاسس بإيه تجاهه؟

- إيه اللى بيبسطك في الشرب؟ احكيلى ده بيخليك تحس بإيه؟ أديني أمثلة.

- طيب هل في حاجة بتضايقك من الشرب؟ اشرحلى إيه اللى بيضايقك.

وحتى الأسئلة المغلقة يمكن «فتحها» فتصير مفتوحة مثلًا:

فتح سؤال اسمك إيه؟ يكون بأن نقول: إيه مشاعرك تجاه اسمك؟ قارنه بأسماء تانية، إيه اللي بيعجبك في الاسم ده وإيه اللي مضايقك؟

فتح سؤال بتشتغل إيه أو بتدرس إيه؟ يكون بأن نقول: قولي مشاعرك ورأيك في شغلك أو دراستك.

التدريب رقم ١: لعبة توضيحية للأسئلة المفتوحة

1. المُيسِّر يطلب متطوع ليقوم بدور العميل «محسن» بعد أن يشرح أن محسن عمره 25 سنة، موظف في مصلحة المساحة، خريج تجارة، يسكن في العباسية، يتعاطى كودافين، وباراكوداين وأنواع أخرى من الكيماويات والحشيش. والده ضابط عالي الرتبة بالقوات المسلحة أحضره للعلاج؛ لأنه يخشى من الفضيحة. العميل خاطب فتاة تسكن بجوارهم يحبها ويحترمها، وتعرف أنه يتعاطي البانجو فقط.

2. يواجه المتطوع في دور محسن باقي المتدربين.

3. يطلب المُسِّر من المتدربين أن يرفعوا أيديهم؛ ليسألوا «محسن» بالدور مجموعة أسئلة مغلقة. ويوضح أنه إذا كان السؤال مغلقًا فعلًا سيترك «محسن» يُجيبه. أما إذا كان السؤال مفتوحًا سيقول بصوت مسموع: مفتوح، فيمتنع «محسن» عن الإجابة. بعد عدة دقائق يُنهي المُسِّر هذه الفقرة من التدريب.

4. ثم يطلب المُيسِّر من المتدربين أن يرفعوا أيديهم؛ ليسألوا «محسن» بالدور مجموعة أسئلة مفتوحة. ويوضح أنه إذا كان السؤال مفتوحًا فعلًا سيترك «محسن» يُجيبه. أما إذا كان السؤال

مغلقًا سيقول بصوت مسموع: مقفول، فيمتنع «محسن» عن الإجابة. بعد عدة دقائق يُنهي المُيسِّر هذه الفقرة من التدريب.

5. يسأل المُسِّر «محسن» عن شعوره في الحالتين، وقتما كان يُجيب عن أسئلة مغلقة، ووقتما كان يجيب عن أسئلة مفتوحة.

6. يطلب المُسِّر من المتدربين التصفيق للمتطوع، ويعلن أن المتطوع لم يعد «محسن» بل عاد إلى شخصيته الأصلية واسمه الأصلي.

7. يتم تقسيم المتدربين إلى مجموعات مكونة من ثلاثة أفراد (عميل ومعالج ومراقب) وتُكرر اللعبة.

عادة السؤال المغلق يعطيه إحساسا بالرفض والهجوم، إذا كان بنبرة صوت عدوانية أو هجومية. أو قد يشعر مَنْ يسأل أسئلة مغلقة، أن الإجابة عليها سهلة ولا تستدعي مجهودًا. بينما السؤال المفتوح يتطلب منه مجهودًا للإجابة عليه. ومن ثَمَّ يعطي له مساحة داخل عقله، وبعدها يشعر أنه يريد أن يتكلم، ويعبر عن نفسه بصورة أفضل.

المبدأ الأول: المُوَاجَدَة Empathy

التعبير الإنجليزي empathyمكون من البادئة اليونانية em وتعني بالإنجليزية within أو بالعربية «من الداخل». والكلمة اليونانية pathos وترجمتها الإنجليزية passion وسواء باليونانية أو الإنجليزية فهذه الكلمة تعني عدة معانٍ مختلفة في ذات الوقت الألم أو الوجع أو المكابدة أو الهوى أو الوجد أو المرض أو الشغف. وللغرابة الكلمة العربية «الوجد» تعني نفس المجموعة من المعاني المتنوعة. الوجد إذن هو الإحساس الداخلي العميق، أو خبرة الحياة والكيان الداخلي والاهتمام العميق في الإنسان.

ولذا ترجمة empathy هي الكلمة العربية المُوَاجَدَة 1 على وزن المفاعلة، وهي مشتقة من وجد، كما نشتق المواكبة من وكب، والمجاهدة من جهد، والمجادلة من جدل وهكذا.

المُوَاجَدَة هي الدخول إلى «وجد» إنسان آخر. والوجد هنا هو صميم الوجود الإنساني، أي أن يشعر المواجد بالعالم الداخلي للشخص الذي يواجده2. يشعر المنصت بعالم المتكلم الداخلي كما يشعر به ويكابده المتكلم.

فهناك:

الواقع كما أدركه أنا

والواقع كما تدركه أنت

والواقع كما هو، وهذا لا يدركه سوى المولى (عزَّ وجلَّ).

المحقق ووكيل النيابة والباحث العلمي يحاولون الاقتراب من الواقع كما هو. لكن هذا ليس هدف المواجد، هدف المواجد أن يدرك الواقع كما يدركه ويعيشه الشخص الذي يسعى لمواجدته.

المشير حينما يمارس المُوَاجَدَة إنما يسعى لإدراك الواقع كما يراه العميل. الدخول إلى وَجْد العميل،

ومعايشة هذا الوَجْد معه.

إذن فالمُوَاجَدَة تتطلب التقبل والاهتمام والشعور بالعميل. كما تتطلب الفهم الدقيق والإدراك. ليس إدراك الواقع كما هو، لكن إدراك ورؤية الواقع كما يدركه العميل ويراه، والإحساس بأحاسيس العميل الداخلية.

لذلك فهي ليست التعاطف أو الشفقة، وهي أكثر من المشاركة، فهي الدخول إلى الخبرة الداخلية العميقة.

المشاعر الإيجابية أو السلبية قد تعطل المُوَاجَدَة:

1- قد أحب رجلًا أتى لي لطلب العلاج أو المشورة لأنه يشبه صديقًا لي، أو أميل إلى فتاة جاءت تطلب المشورة لأنها حسنة المظهر، أو أعجب بشاب لأنه ذكي. وهذه كلها مكونات طبيعية من شخصية العميل. ومشاعري تجاهها تُصنَّف في علم النفس بالمشاعر الإيجابية. لكن كلها تعوق قدرتي على رؤية العالم من داخل نفس هذا العميل، والإحساس به من هذا الموقع.

2- وقد أنفر من عميل لأنه يمارس الجنسية المثلية، أو لأنه خاصم أصدقاءه عن غير وجه حق، أو لأنه مستهتر بنعم الله عليه التي أتمنى أنا ولو جزء منها. في علم النفس هذه كلها تُصنَّف «مشاعر سلبية» وهي أيضًا تعوق المُوَاجَدَة.

إذن المُوَاجَدَة كما قلنا ليست مجرد أن «تحب» العميل، وهي قطعًا ليست أن تكرهه، لكن هي أن تقبله وتراه، وترى الكون والواقع كما يراه هو.

3- قد يتكلم العميل عن أمر يثير فيَّ صراعًا خاصًا، مثل النجاح والفشل أو الوحدة أو الشعور بالرفض، كل هذا يحركني أنا بصورة قد تبعدني عن إحساس العميل نفسه بهذه الأمور، لذلك يجب علي أن أعي ماذا يحدث في داخلي عندما تُثار هذه الأمور، وأن أضع مشاعري وصراعي معها جانبًا، وأسعى لفهم وجهة نظر العميل في هذه الأحوال وتجاه هذه القضايا، لا وجهة نظري وإحساسي بها.

4- أو قد أشعر بالرغبة في حل مشكلته بنفس الطريقة التي قمت أنا بحل مشكلتي بها، قبل أن أشعر بمشكلته كما هي. هذا الحماس والثقة في الحل الذي أفلح معي تُعطِّل المُوَاجَدَة.

لذلك يجب أن أتدرب علي القدرة علي تمييز مشاعري، وبعد ذلك وضعها بين قوسين.

إن أردت أن تتقن المُوَاجَدَة فعليك أن:

ترى وتحترم وتتقبل.

ولكي تفعل ذلك يجب أن تتمتع بقدر من الوعي بالذات، وقدر من التحرر من الذات. وإتقان مهارة المُوَاجَدَة يؤدي إلى نمو الذكاء الوجداني، ويتحقق مع هذا النمو.

المُوَاجَدَة الكاملة مستحيلة، لكن الاقتراب منها هو رحلة نضوج الشخصية أساسًا، ورحلة تَعرُّف على نفسي قبل أن أتعرف على مَنْ أريد أن أواجدهم.

- المُوَاجَدَة غير التعاطف، فالتعاطف قد يعني العطف على شخص أضعف مني. وقد يعني الميل إلى الموافقة على آراء أو أفعال هذا الشخص، وليس هذا معنى المُوَاجَدَة. الفهم لوجهة نظر العميل والإحساس بمشاعره لا يعني موافقتي على وجهة النظر هذه ولا تبنيها. ولا يعني أني أرى هذه المشاعر تُعبِّر عن الصحة أو الاتزان. الإدراك والإحساس غير التعاطف. وهي غير الشفقة طبعًا، حيث الشفقة أكثر استعلاءً من التعاطف.

- والمُوَاجَدَة غير المحبة. المحبة قد تعني الإعجاب، وهذا ليس بالضرورة جزء من العملية العلاجية. وقد تعني الالتزام بخير ونمو ومصلحة الشخص الآخر، وهذا قطعًا التزام أخلاقي مهم في العملية العلاجية، ولكنه غير المُوَاجَدَة. قد تحب شخصًا ولكنك لا تدرك ما يشغل باله، ولا تشعر بإحساسه الداخلي. وقد لا تحب شخصًا ولكنك تمتلك مهارة إدراك ما يشغل باله، ومهارة الإحساس بأحاسيسه.

- والمُوَاجَدَة ليست هي التقمص (أو التماهي) أي محاكاة المتكلم أو تقليده بصورة واعية أو غير واعية. فالمُوَاجَدَة تتطلب أن استمر واعيًا بكل صفاتي ومشاعري وأفكاري، بينما أدرك وأشعر بالحياة الداخلية لمَنْ أواجد. أن أواجد تعني أن أحيا «أنا» وجدك أنت، لا أن أغيب وأختفي، ولا أن أفقد وعي بذاتي في خضم هذه المحاولة.

المُوَاجَدَة تتضمن القدرة الواعية الحرة على الانفصال عن وَجْد الآخر ومكابدته، مثلما تتضمن القدرة على الدخول لهذا الوَجْد.

آلية المُوَاجَدَة3

المُوَاجَدَة مهارة تتضمن خطوتين ثم تكرارهما:

أ- خطوة إخلاء: يجب أن أنتبه من طرح مشاكلي واحتياجاتي وتطلعاتي على العميل.

ب- ثم خطوة الدخول: أن أدفع نفسي إلي داخل وجد العميل.

ج- خطوة التكرار سعيًا للعمق

ولا يمكن تحقق الدخول قبل أن يتحقق الإخلاء، وهو الخطوة الأصعب والتي تتطلب مجهودًا أكثر.

أ. الخطوة الأولي في المُوَاجَدَة: الإخلاء

- المُوَاجَدَة تتطلب إخلاء الذات من إعاقات المُوَاجَدَة مثل التحيز ضد العميل أو معه، ومن الحكم القِيمي المسبق، ومن المشاعر الشخصية، وردود الفعل الشخصية لما يقوله العميل.

لا يمكن أن يُخلي الإنسان نفسه من هذه الأمور بمعنى أن يتجرد منها فلا تعود موجودة. لكن من الممكن أن يُميِّزها ويُلاحظها، فيلاحظ كيف يمكن أن تؤثر على قدرته علي المُوَاجَدَة، وبالتالي يكون قادرًا علي «تعليقها مؤقتًا» أو «ضعها بين قوسين مبدئيًّا» فيواصل الإنصات والفهم. كما قد تخلع جاكت (سترة)، وتعلقه على مسند المقعد (ظهر الكرسي) طوال محاضرة أو اجتماع مثلًا، لكنه لا يزال ملكك وستأخذه معك وترتديه ثانية عند انتهاء المحاضرة أو الاجتماع. تعليق الأحكام والمشاعر لا يعني التخلي عنها أو التنكر لها، بل مجرد تنحيتها جانبًا مؤقتًا، مع إدراك أن مَنْ يقوم

بالمُوَاجَدَة (المواجد) له إن شاء أن يحتفظ بهذه التحيزات والأحكام والمشاعر بعد الانتهاء من المقابلة المواجدية وعلى المدى الطويل.

عملية الإخلاء هذه تتضمن تفريغ الذات من:

التحامل والتحيز: لا أن ألغي تحيزاتي، ولكن فقط أن أعي بها وأُنحيّها جانبًا مؤقتا.

الأحكام المسبقة والقيمية: لا أن أتخلي عن هذه القيم، بل أن أؤجل الحكم بها مؤقتًا.

المشاعر السلبية: الاحتقار، البغض، التعالي، النقص، إلخ. لا أن أتجاهل أني أشعر بهذه المشاعر، ولكن ألا أسمح لها بالسيطرة عليَّ، وأن أنحيها أيضًا مؤقتًا.

المشاعر الإيجابية: الإعجاب والاحترام والتعاطف والإحساس بالارتباط بالمتكلم قبل الأوان.

الذكريات التي يثيرها في العميل أو تثيرها في كلماته.

المخاوف: كخوفي منه أو خوفي عليه أو خوفي ألا أتمكن من مساعدته.

الطموحات: كطموحي أن أحقق نجاحًا باهرًا معه، أو طموحي له أن يصير شخصًا أفضل وأعظم.

الملهيات البدنية: ككوني متعبًا أو جائعًا أو أشعر بالنعاس أو بالرغبة في الذهاب إلى دورة المياه. هنا يجب أن أبذل جهدًا لكي أظل متيقظًا، أو ربما حتى أقوم للذهاب إلى دورة المياه أو البوفيه للقمة سريعة.

الملل: بعض المستشيرين قادرين على التعبير بسلاسة وذكاء، وآخرون يكررون الكلام أو يتكلمون بوتيرة واحدة. بعضهم يجذب انتباهنا تلقائيًّا، وآخرون يثيرون فينا الملل.

الحماس الزائد لتحقيق تحسن المريض أو تطبيق طريقة علاج أراها ناجعة.

التحليل والتفسير: كل المدراس التفسيرية التي درستها مفيدة، لكن ينبغي وضعها جانبًا حتى أستطيع مُواجَدَة المريض.

اذكر بعض الأمثلة:

في شبابي كنت عندما أقدم المشورة لفتاة أو سيدة جميلة، أشعر بالخوف. وأظن أنه لم يكن الخوف من «الفتنة»، لكن لأن الجمال في ذاته له مهابة، هذا الخوف كان قطعًا يعوق المُوَاجَدَة. مع تقدُّمي في السن والخبرة لم يعد الجمال أو الأناقة يشتتاني كثيرًا.

كانت هناك مشاعر أخرى حين يشاركني رجل بأنه لا يميل جنسيًا للنساء بل الرجال. لاحظت شعورًا بالاشمئزاز، ثم لاحظت شعورًا بالحماس لتغيير توجهه الجنسي. ولكني أدركت أن تحت هذين الشعورين شعورًا آخر، هو جذر هذه المشاعر هو الشعور بالخوف، الخوف من احتمال رغبته الجنسية في أنا شخصيًا: «لحسن يكون بيفكر فيا دلوقتي». تعلمت أن أغالب هذا الخوف، واستمر في الإنصات والمُوَاجَدَة. ومع تقدُّمي أيضًا في السن والخبرة صرت أكثر اطمئنانا في هويتي الجنسية، ولم أعُدْ أخاف حتى من رغبته هذه سواء كانت حقيقية أو كنت أتوهمها.

مرة حضر إلى عيادتي بطل من أبطالي الشخصيين. عالم وكاتب ومناضل سياسي وصاحب

مواقف اجتماعية وسياسية جسورة. طبعًا الشعور الذي ملأني هو الشعور بالإعجاب بل والانبهار به. لكنه كان قد أتى ليحكي لي عن مشكلته مع شرب الكحول ومعاناته بسبب هذا السلوك الإدماني. كنت أحب إنه يحكي معايا عن إسهاماته الأكاديمية وإبداعاته ومواقفه السياسية، لكن ماكنش شعوره الاعتداد بالنفس ولا الفخر بالإنجازات، لكنه كان بيشعر بالقلق من عادته السلبية، والضيق لأنه ما قدرش يسيطر عليها. كان عليَّ أن أُنحِّي إعجابي وانبهاري جانبًا؛ لأستطيع تقدير القلق والضيق الذي يشعر بهما، ولأستطيع أن أتفاعل مع هذه المشاعر.

وفي مرة أتاني مدمن في العيادة الخارجية وشاركني قائلًا: «أنا النهارده ضربت أمي». طبعًا أنا لدي حكم قيمي على هذه الفعلة. أنا أرفض العنف عمومًا، وأرفض أن يضرب رجل امرأة، وأشمئز من فكرة أن يضرب ابن أحد والديه. فكنت حاكمًا حكمًا نهائيًّا أن هذا الفعل خاطئ تمامًا. ولم أكن أنتوي تغيير هذا الحكم، وحتى اليوم أنا مقتنع بهذا الحكم طبعًا. ولكن قراري كان أن أواجد هذا المدمن. حيث كنت أعرف جيدًا أني لو أعلنت حكمي هذا فلن يتغير موقفه، بل كان على الأرجح سيقول لي: «أنت أصلك ما تعرفش أمي لو كانت أمك زي أمي كنت عملت أكثر من كده». فركنت حكمي معلقًا إيَّاه (كالجاكت على ظهر الكرسي). وطبعًا، حاولت تلقائيًّا تخيُّل شعوره مستعينًا بخبرتي الشعورية الشخصية. فأنا لم أشتم أمي رحمها الله أبدًا، ولا أتخيل أن أدفعها ناهيك عن أن أضربها. مرة واحدة رفعت صوتي وأنا أتكلم معها وشعرت بعدها بالذنب والندم الشديد. لكن وقتما كنت أحاول أن أواجد المدمن الذي ضرب أمه، كنت أكثر حنكة من الوقوع في فخ أن أخفف عنه مثلًا الشعور بالذنب ولا أن أسأله فيه. لأنه هو غيري ووالدته غير والدتي. فسألته بهدوء وبدون أي نبرة اندهاش أو استنكار: طيب وحسيت بإيه بعد ما ضربتها. فأجاب مباشرة: انبسطت وحسيت أن كان لازم أعمل كدة من زمان. فواصلت بنفس اللهجة المحايدة: اشرح لي ليه. فأفاض في شرح أفعال والدته، وكانت حقًّا أفعالًا شريرة وهدَّامة ومستفزة، لكن هذا لم يغير طبعًا من حكمي على الفعل الذي فعله ابنها إذ ضربها. أدركت تفكيره (مع أني لم أوافق عليه)، وشعرت ببعض سروره بما فعل (مع أني لا أجد ما فعله يستدعي السرور). بعد جلستين من المُوَاجَدَة والأسئلة المفتوحة كما ترون في كل أسئلتي، وقدر من الإنصات المُتَمَعِن كقولي مثلًا وبكل دفء واحترام وحيادية: يعني أنت بتقول إن والدتك استفزتك لدرجة أنك حسيت إنها لازم تضرب، وأنك لازم تضربها. وبعدما شعر بقدر من مواجدتي له، استطاع أن يُراجع نفسه بدون أي تنبيه مني، ويدرك أنه أخطأ في هذا التصرف. بينما أظن أن مواجهتي له أو وعظه أو توبيخه علي ما فعل غالبًا كانت ستأتي بنتيجة عكسية.

ب. الخطوة الثانية في المُوَاجَدَة: الدخول

هو كأني أدفع نفسي إلي داخل وجد العميل عن طريق:

1- التخيُّل: أن أحاول أتخيل كيف يرى العميل العالم وكيف يرى نفسه. أن أرسم صورة من خيالي بناءً علي ما قاله عن أحاسيسه وأفكاره وتصوراته وتوجهاته، وأتخيل نفسي داخل هذا العالم.

2- الرنين الوجداني (العدوى الوجدانية): في المرحلة الثانوية بالدراسة كلنا شهدنا اختبار الشوكة الرنانة. حيث تُوضع مجموعة من الشوك ساكنة تمامًا، ونقوم بخبط واحدة منها على المنضدة مثلًا فترن برنين معين. ثم نضعها جوار الأخريات فنجد الشوك كلها التقطت هذه الرنين. لكل إنسان رنين وجداني Emotionl Resonance بعض منا رنينه الوجداني قوي، فإذا انفعل غاضبا

نشعر بالغضب معه، وإذا كان حزينًا نحزن أيضًا قليلًا، أو مبتهجًا نشعر فورًا بقدر من الابتهاج وهكذا. وآخرون رنينهم الوجداني خافت. تبذل مجهودًا لتشعر بما يشعرون به. في المُوَاجَدَة نحرص على تسكين مشاعرنا الشخصية حتى نلتقط قدرًا ما من مشاعر مَنْ نسعى لمُواجَدَته.

3- تذكر خبرة مماثلة: اللجوء إلى خبرات مشابهة لما يمُرُّ به العميل أكون قد مررت أنا بها. مع العلم طبعًا لأنه لا توجد خبرات مماثلة تمامًا لخبرة العميل.

ج. الخطوة الثالثة في المُوَاجَدَة: التكرار سعيًا لعمق مواجدي جديد

كل تخيُّل أو رنين وجداني أو تذكُّر لخبرات شخصية مماثلة هو بطبيعته ناقص. ومن ثَمَّ رغم أنه يساعدني على القرب من عالم العميل الداخلي، ويقربني من المُوَاجَدَة إلا أنه أيضًا لا يضعني بالكامل داخل وجد العميل، ولذا يجب عليَّ أن أخلي نفسي من هذا التخيُّل أو التذكُّر أو الرنين نفسه؛ لأكون مستعدًا لخطوة أعمق إلي وَجْد العميل. وأكرر هذا عدة مرات كبندول الساعة، إخلاء ثم دخول ثم إخلاء مرة أخرى فدخول آخر وهكذا. المُوَاجَدَة فعل واعٍ مستمر، هو رحلة تَفهُّم وإحساس بلا محطة وصول نهائية.

الاستراتيجية الثانية: الإنصات المُتَمَعِّن

الإنصات المُتَمَعِن Reflective Listening هو سعي لإدراك ما يقوله المتكلم. الاستماع هو مسألة فسيولوجية معتمدة على سلامة جهاز السمع في الأذن ووصلاته العصبية للمخ. لكن الإنصات هو انتباه كامل لما يقوله المتكلم، بما فيه نبرات صوته ومشاعره في محاولة للوصول لما يريد المتكلم أن يقوله.

التمعن هو إطالة النظر أو إعادة النظر فيما يحدث في محاولة لفهم جوهره.

الإنصات المُتَمَعِن كما سنشرح تفصيلًا، يقوم على تكرار ما يقوله المتكلم في لهجة تقريرية بعد نسبة القول للمتكلم.

- الإنصات المُتَمَعِن يتطلب اهتمام بالعميل، ورغبة في التعرف عليه واستكشاف عالم، لكن بدون فضول زائد أو تطفل أو انبهار أو انزعاج بأمور تخصني أنا أكثر مما تخصه.

المُوَاجَدَة ضرورية لتحقيق الإنصات المُتَمَعِن وتشجع عليه، والإنصات المُتَمَعِن أحد أهم طرق تحقيق المُوَاجَدَة ويشجع عليها.

الإنصات المُتَمَعِن يعني البحث عن المعنى الذي يقصده المتكلم. هو أداة تُسهِّل ممارسة المُوَاجَدَة. إذ هو محاولة لفهم ما يدور داخل ذهن العميل وخياله. فهو الاستماع الذي يستهدف الوصول إلي المعنى المقصود بأكبر قدر من الدقة. عند أي كلام يدور بين اثنين هناك أربعة مواقع:

أ	ب	ج	د
ما في داخل ذهن المتكلم أي ما يريد أن يقوله.	**ما ينجح في التعبير عنه بالكلمات وتعبيرات الوجه والجسد ونبرة الصوت.**	**ما يستطيع المستمع أن يلتقطه من كلمات ونبرة صوت وتعبيرات المتكلم.**	**ما يدركه المستمع.**

أ- في داخل كل منا أفكار ومشاعر.

ب- عندما أتكلم وأعبر بنبرة الصوت والعينين وخلجات الوجه وحركات اليدين ووضع الجسم أحاول أن أنقل للآخرين ما في داخلي.

المستمع قد لا يلاحظ كل كلمة تفوهت بها، أو قد لا يلاحظ كل نبرة صوت أو عاطفة في كلامي.

د- المستمع يفهم ما أقوله بصورة ناقصة أو منحرفة قليلًا عما سمع أو لاحظ.

الإنصات المُتَمَعِن هو محاولة تخمين ما في ذهن المتكلم، وماذا يريد أو يحاول أن يقوله بصورة دقيقة. فهو محاولة للتقريب بين (أ) ما هو داخل المتكلم. و(د) ما في داخل المستمع.

التدريب رقم 2: لعبة توضيحية للفارق بين ما في قصد المتكلم (أ) وما يصل للمستمع (د)

يطلب المُسِّر متطوعًا يقف أمام المجموعة، ويقول للمجموعة صفة يحبها في نفسه. على ألا تكون صفة بدنية: فلا يقول أحب في نفسي أني طويل مثلًا. بل صفة في طباعه، كأن يقول أحب في نفسي أني منظم أو صريح أو نشيط أو مجتهد.

ثم يطلب المُسِّر من باقي المتدربين أن يسألوه مجموعة من الأسئلة المغلقة. وممنوع أن يُجيب إلا بكلمة واحدة فقط، أما نعم (أيوه) أو لا.

بعد انتهاء الأسئلة من المتدربين، يسأل المُسِّر المتطوع عن شعوره أثناء التدريب.

عادة يشعر المتطوع بالضيق من كثير من الأسئلة، لأنه كان يود أن يشرح أكثر ما يعنيه بالصفة التي ذكرها عن نفسه.

الهدف إيضاح أنه حتى في أمر بسيط ومباشر وليس فيه ازدواجية ميل أو صراع نفسي، كان المتكلم يقصد شيئًا لم يدركه معظم المتدربين أو عدد كبير منهم، وله أبعاد لم يدركها غالبًا أحد منهم.

كما يمكن أن يتم تنفيذ هذا التدريب بطريقة مختلفة كالتالي:

- ينقسم الحاضرون إلى ثلاثيات.

- يقوم واحد منهم بذكر جملة واحدة عن شيء يحبه في نفسه (مثلًا أنا منظم أو أنا اجتماعي أو أنا أحب الناس ... الخ) مع تجنب الأشياء الملموسة أو الجامدة التي لا تسمح بكثير من الأسئلة الاستكشافية. فغير مسموح أن يقول (أنا طويل أو أنا أسمر ... الخ).

- يقوم العضوان الأخران بتوجيه أسئلة مغلقة له؛ ليفهموا أكثر ماذا يعني وغير مسموح له أن يجيب إلا بنعم أو لا. غير مسموح بأي إيضاحات أخرى.

- يتم تبادل الأدوار بعد 3 دقائق وتكرار اللعبة.

- تسأل الجماعة بعد ذلك عن شعور المتكلم. ما المفاجآت؟ ماذا تعلمنا؟ ماذا لاحظنا؟

سيتضح أن المقصود كان مختلفًا عما فهمه معظم الحاضرين، وأن المتكلم كان يريد بل يشتاق بشدة أن يوضح مشاعره. وأنه كان يُستفز كثيرًا من بعض الأسئلة التي تتوجَّه له.

مكونات الإنصات المُتَمَعِن

الإنصات المُتَمَعِن يتضمن 3 مكونات: الإنصات النَّشِط، والإنصات بلغة الجسد وتكوين الجمل أو العبارات التمعنية.

الإنصات النشط

إن المعنى الشائع للإنصات هو السكوت والاستماع لما يقوله الآخر. الحقيقة أن الاستماع بانتباه ومحاولة للتركيز والفهم، هو عمل وجهد شاق أحيانا. الإنصات المُتَمَعِن يتضمن الإنصات النَّشِط. أي المجهود لاستبعاد كل تشتيت داخلي أو خارجي للتركيز فيما يقوله المتكلم.

التشتيت الخارجي يتضمن الضوضاء والمؤثرات الضوئية كضعف الإضاءة أو زيادتها، ومقاطعة الآخرين وحركة الناس أو الذباب أو السيارات من حولنا.

التشتيت الداخلي قد يتضمن عناصر جسدية كالتعب أو العطش أو الجوع أو الرغبة في الذهاب لدورة المياه. وعناصر نفسية كالانشغال بشخص عزيز عليَّ لأنه مريض، أو كان يثير الكلام في ذهني ذكرى مهمة تستحوذ على انتباهي. أو قد يكون مجرد أن ذهني يسرح مع أفكاري الخاصة أيًّا كانت.

كما قد يتبادر إلي ذهننا إجابة أو حل لما يقوله المتكلم، أو نصيحة أو اقتراح فيما ينبغي عليه أن يفعل، وعندئذ نتوقف فعليًّا عن الإنصات وننتظر على أحرٍّ من جمر فرصة لِنُدلي بدلونا في الحديث.

النشاط في الإنصات يعني بذل مجهود الواعي للتركيز فيما يقوله المتكلم.

الإنصات بلغة الجسد (الانتباه غير اللفظي)

الإنصات يتضمن التلاقي البصري بالعينين وكل قسمات الوجه، ووضع الكتفين والركبتين والمسافة من المتكلم. كما يتضمن عدم الانشغال بمسك شيء في اليدين، أو النظر في الساعة مثلًا والامتناع عن كثرة التململ والحركة أثناء الإنصات.

إذن فالإنصات النشط أو الإنصات الفعال الإيجابي هو أن تسمع من الداخل ومن الخارج:

- الداخل: أن تحجز الأسئلة والمواجهات واللوم ومشاعرك.

- الخارج: أنك تستمع بكل أعضاء جسمك أى بالتعبيرات غير اللفظية «بعينيك وبأذنيك وبتعبيرات وجهك وبركبتيك وبطريقة جلوسك».

تدريب رقم ٣: الإنصات بلغة الجسد (الانتباه غير اللفظي)

الهدف من التدريب هو زيادة الوعي والمهارة في استخدام الإشارات غير اللفظية (لغة الجسم) لتوصيل الإنصات والمُوَاجَدَة.

يوجه المُسِّر سؤالا للمتدربين: ما هي علامات الإنصات الجيد بالجسد في منصت جيد بدون اللجوء

للألفاظ؟ (في شريط فيديو بدون صوت مثلًا).

ويتلقى عدد من الإجابات من المتدربين، ثم يلخص ما قيل مع مزيد من إيضاح علامات الإنصات الجيد بلغة الجسد.

ثم يطلب أن ينقسم الحاضرون إلي ثنائيات، يُنصت أحدهم بدون أن ينطق ولا كلمة ولا سؤال أو حتى همهمة، بينما يتكلم أحدهم بشكل متواصل لمدة 3 دقائق في أحد الموضوعين التاليين:

1- صِفْ سنوات نموك في بداية حياتك في بيت أسرتك. البيت والوالدين والأخوة وكيفية تمضية الوقت وكل ما تتذكر.

2- ما الذي أتى بك إلي هذه الدورة التدريبية؟ لماذا تهتم بها؟ كيف تَطوَّر بك الأمر وكيف تطورت مشاعرك؟

على أن يتكلم المتحدث ويسمع المستمع بانتباه بدون كلام وبدون إصدار أصوات أو همهمات.

يطلب بعدها المُسِّر أن نعكس الأدوار، فينصت مَنْ كان يتكلم، ويتكلم من كان ينصت لمدة 3 دقائق أخرى.

ثم يطلب المُسِّر فرصة 3 دقائق أخرى يقوم كل فرد فيها بالتعليق على أدائه وأداء شريكه. بماذا شعر عندما كان متكلمًا خاصة من جهة إنصات الطرف الآخر؟ بماذا شعر أثناء ما كان ينصت؟ ما الصعوبات التي واجهته أثناء الإنصات؟

يطلب المُسِّر من عدد من المتدربين أن يشاركوا مشاعرهم وملاحظاتهم أثناء قيامهم بهذا التدريب.

حجارة سد طريق الإنصات:

هناك 12 رد فعل لا تُمثل ردود فعل الإنصات المُتَمَعِن، مع أن كثيرًا منها لا غبار عليه، ولكنه لا يُمثل الإنصات المُتَمَعِن. مثلًا عندما يقول لك العميل: أنا ما عنديش مشكلة مع المخدرات، أمي هي اللي قلوقة زيادة عن اللازم.

حجارة الإنصات المُتَمَعِن تضم:

الأمر والنهي والتوجيه والتوصية: توقف عن الهروب وواجه حقيقة إدمانك.

التهديد والإنذار: لو لم تتوقف عن إلقاء اللوم على الآخرين سيكون لي معك تصرف آخر.

تقديم النصيحة وتقديم الاقتراحات أو الحلول: طيب أسأل 5 أشخاص تثق فيهم، مَنْ فيكما صاحب المشكلة.

الإقناع بالمنطق أو المجادلة أو تقديم المحاضرات: الإدمان هو فقدان السيطرة، وأنت فاقد السيطرة على المخدرات، ومستمر رغم الأضرار، ومنشغل انشغالًا شديدًا بالمخدرات.

الوعظ والإرشاد والخطابة أو إخبار العميل بما يجب عليه أن يفعل: لو اقتربت من ربنا وواجهت نفسك لن تقول هذا الكلام.

الموافقة والتأييد ومدح العميل: الحقيقة فعلًا والدتك صعبة جدًا.

عدم الموافقة والحكم عليه والانتقاد وتوجيه اللوم: طبعًا لا، والدتك طبيعية تمامًا، وأنت شخص غير مسؤول.

التحقير الوصم وتخجيله من نفسه: أنت مفروض تخجل من نفسك على هذا الاستهتار.

التعاطف والتطمين والتعزية: لا تخاف أنا معك، وسنصل لحل لهذه المشكلة إن شاء الله.

الأسئلة والاستكشاف: منذ متى لاحظت قلق والدتك؟ وما علامات هذا القلق؟

التحليل والتفسير: ما تقول هو مثال واضح على إلقاء اللوم على الآخرين، وقد يُعبِّرعن مشكلة دفينة في وعيك تجاه الوالدين.

الانسحاب والتشتيت والتهريج وتغيير الموضوع: طيب هل شاهدت مباراة الأهلي مع الاتحاد بالأمس؟ ما رأيك في هدف الأهلي الأول؟ أوفسايد واضح صح؟

ردود الأفعال العالية تشكّل حجارة في طريق الإنصات المُتَمَعِن، ولعل معظمها له دور ووظيفة، ويمكن أن نستخدمها في الوقت المناسب لها. ما عدا طبعًا اللوم والتحقير. والمقابلات الدافعية نفسها تتيح مكانًا لاستخدام عدد كبير من ردود الأفعال. لكن المهارة التي تحتاج إلي تطويرها بشكل دائم ومُلِح هي مهارات تقديم الانعكاسات أو التمعنات Reflections بطريقة محايدة، وتقوم على احترام العميل وإتاحة فرصة الحرية له/ لها. ولهذا علينا أن نتجنب ردود الأفعال هذه.

التدريب رقم ٤: حجارة الإنصات

هو تدريب به قدر من الكوميديا أو المرح، الهدف منه زيادة وعى المشيرين بردود الفعل التلقائية غير الإنصات المُتَمَعِن والتي قد تعوق الإنصات.

ينقسم الحاضرون إلي ثلاثيات متكلم ومستمع ومراقب ويتبادل الأدوار كل 3 دقائق.

مطلوب من المتكلم أن يحاول التعبير في موضوع يشعر تجاهه بميل مزدوج، أي يشعر تجاهه بشعورين متناقضين ويجب أن يكون للموضوع قيمة حقيقية لدى المتكلم. أمثلة: العمل في العلاج من عدمه، البقاء في مصر أو الهجرة، الزواج من فلانة أو عدم الزواج منها، دخول امتحان الدبلوم أو عدم دخوله.... إلخ. وعلى المتكلم بذل قصارى جهده لإفهام المستمع تفاصيل مشاعره وحيرته في هذا الأمر.

يقوم الشريك المستمع بإلقاء أكبر قدر من حجارة الإنصات أمام المتكلم على أن يحرص على تنوُّعها مثلًا: اللوم، النصح، التشجيع، التوبيخ، التحقير، التهريج. الخ (يمكن أن يقرأ من ورقة حجارة الإنصات). ومسموح بالمقاطعة.

مطلوب من المراقب أن يرصد أنواع الحجارة التي استخدمها المستمع.

يتم تبادل الأدوار كل 3 دقائق. ثم يطلب المُسِّر أن يشارك المتدربين في الثلاثيات ملاحظاتهم، وعدد حجارة الإنصات التي استخدمها كل واحد منهم، وخاصة شعورهم عندما كانوا يحاولون التعبير عن مشاعرهم، بينما يقاطعهم المستمع ويلقي بحجارة الإنصات في طريقهم.

ثم 3 دقائق أخرى للتعليق ومشاركة الأحاسيس من المتكلمين علنًا في المجموعة كلها.

تكوين العبارات التمعنية

في الإنصات المُتَمَعِن يبذل المستمع مجهودًا مضاعفـًا؛ لكي يستطيع أن يحيا ما يعيشه المتكلم، عندما تقدم جملة انعكاسية، عليك أن تقرر ماذا تريد أن تعكس (تكرر)؟ بأي نبرة؟ ماذا تتجاهل؟

ما الكلمات التي ستستخدمها لتكوين جملة انعكاسية (أو جملة تمعن).

التمعن هو البحث عن المعنى المقصود، وهو السعي لمعرفة ما يريد المتكلم أن يقوله، وهو لذلك يقف ويتمهل عند الكلام. ولذلك على المنصت أن يُخلي نفسه من الأسئلة الشخصية، ويسمح للمتكلم أن يُعبـِّرعن نفسه بحرية. وعليه أن يقدم انعكاسا (تمعنًا) لما يقوله المتكلم، لكي يعطيه مزيدًا من الحرية في التعبير عن نفسه بالصورة التي يراها.

أصعب مهارات المشورة والعلاج النفسي هي الإنصات، وأصعب أنواع الإنصات هو الإنصات المُتَمَعِن.

أداة الإنصات المُتَمَعِن النهائية هي العبارات التمعنية. وهي أساسًا تكرار لما يقوله المتكلم.

ولا يكون التكرار في صيغة سؤال، بل في صيغة تقريرية تحمل مشاعر احترام ودعم ومحايدة مثلًا لاحظ الفارق في الصوت بين:

أنت بتقول أن ما عندكش مشكلة مع المخدرات والدتك هي اللي قلوقة؟

أنت بتقول أن ما عندكش مشكلة مع المخدرات والدتك هي اللي قلوقة.

في آخر الجملة الاستفهامية، ترتفع موجة الصوت ارتفاعًا بسيطًا.أما في أخر الجملة التقريرية، تنخفض موجة الصوت انخفاضا طفيفًا.

ومن الضروري أيضًا أن توضح في بداية العبارة التمعنية ملكية الجملة.

فإذا قلت للعميل:

أنت ما عندكش مشكلة مع المخدرات والدتك هي اللي قلوقة.

فأنت إذا قلت العبارة هكذا، تكون قد وافقت على أنه لا يعاني من مشكلة مع المخدرات، بل أن والدته هي اللي قلوقة. وهذا ليس هو الإنصات المُتَمَعِن. هناك فارق ضخم بين العبارة عالية والعبارة التمعنية التي قد تقول فيها للعميل:

أنت بتقول أن ما عندكش مشكلة مع المخدرات والدتك هي اللي قلوقة.

هذه العبارة التمعنية تؤكد أنك سمعت ما قاله العميل. ومتى قيلت بدفء واحترام تتيح هذه العبارة لك كمعالج فرصة لمُواجَدَة العميل وفرصة أيضًا للتعبيرعن هذه المُوَاجَدَة.

بعض مقدمات الجمل التي قد تستخدمها لتؤكد ملكية العبارة التمعنية للمتكلم:

بالعربية الفصحى تقول في بداية العبارة التمعنية مثلًا:	بالمصرية الدارجة مثلًا:	بلهجات عربية أخرى:
اذن أنت تشعر.....	**يعني أنت حاسس إنه.....**	....
يبدو كأنك....	**زي ما تكون بتقول.....**	....
أنت تتساءل إذا كان......	**أنت مش عارف لو......**	....
يبدو أنك تريد أن تقول.......	**يبدو أنك عايز تقول إنه....**	....
أنت تقول أنك.....	**أنت بتقول إنك......**	....

هناك عدة طرق لتكوين العبارات التمعنية، أبسطها التكرار اللفظي ثم تتنوع الطرق.

مستويات وأنواع العبارات التمعنية:

1- التكرار أو الببغاوية: تكرار عنصر أو كل عناصر جملة المتكلم. لكن ليس في صورة سؤال، ويُسمَّى هذا الأسلوب أيضًا الانعكاس كما في المرآة (المراية) أو الببغاوية أي التكرار كما الببغاء.

2- إعادة الصياغة: باستخدام مترادفات يظن المستمع أنها تعبر عن شعور المتكلم. مثلًا:

كما لوكنت تقول إن المشكلة الحقيقية ليست أنك أحيانا تأخذ مخدرات بل في قلق الوالدة.

3- الترجمة التفسيرية: التعديل يكون أقوى، مع تجنب التفسير والتحليل، هو تعديل في الصياغة بصورة تحاول فيها أن تترجم ما يقوله المتكلم، مع الأخذ في الاعتبار الصياغة الخاصة به، مثلًا:

أنت ترى إذن أن ما حدث من مشاكل هو نتيجة طبيعية للقلق الزائد للسيدة الفاضلة والدتك، وليس بسبب أنك تستخدم المخدرات.

4- انعكاس المشاعر: ترجمة تفسيرية تُعبِّر عن الأفكار التي قالها المتكلم، وتضيف إليها المشاعر التي عبَّر عنها ربما في نبرة الصوت أو خلجات الوجه.

وتظل طبعًا تواصل محاولة التعبير عن مُواجَدَتك له، مع تجنب إحراج المتكلم بأن يجاريك فيما تصف من مشاعر، قد لا تكون مشاعره فعلًا. كما أنك يجب أن تتجنب الحماس الزائد.

كما لوكنت ترى أن المشكلة هي قلق والدتك وليس المخدرات، وهذا يسبب لك قدرًا من الغضب.

5- الانعكاس أو التمعن المكبر: يتم فيه تكبير أو تضخيم ما قاله المتكلم فعلًا، لكن بمنتهي الحرص على الاحترام والمُوَاجَدَة، وتجنب أي نبرة سخرية أو لوم هنا بالذات. كان تقول:

كما لو كنت تريد أن تقول إذن إنه ليست لديك أي مشكلة مع المخدرات، وأن كل المشاكل سببها

قلق والدتك، الذي هو بلا مبرر على الإطلاق.

هو لم يقل «ليست لدي أي مشكلة» لكن هذا متضمن في كلامه، وليس ظلمًا أن نُكبِّره لتوضيح معناه. كما لم يقل حرفيًّا «كل المشاكل سببها قلق أمي» لكن هذا أيضًا قد يكون متضمنًا في معنى ما يقول.

نؤكد ثانية أنه من المهم جدًا في التمعن المكبر أو المعظم أن يكون الصوت والنبرة فيها دعم واحترام وصراحة، وتخلو من أي سخرية أو عدم تصديق أو نفاذ صبر؛ لأن أيًّا من هذه النبرات قد يُفهم على أنه هجوم ويفسد الأمر.

6- التمعن المزدوج: هو التمعن البسيط مع إضافة الجانب الآخر من ازدواجية الميل، حيث نلجأ إلي استخدام معلومات سبق جمعها من العميل في جلسات سابقة، مثلًا:

كما لو كنت تشعر الآن أن قلق والدتك هو سبب المشاكل وليس المخدرات، وأنت أيضًا

منذ قليل (أوفي جلسة سابقة) قلت لي إنك تقلق أحيانا من تأثير المخدرات على عملك، وأنها

تسبب لك بعض من المشاعر المزعجة التي لا صلة لها بوالدتك وقلقها.

7- إعادة الصياغة الكاملة:

هنا نستخدم عدة وسائل ونعيد صياغة كل العبارات التي قالها المتكلم وبقدر من الاستفاضة:

فهمت من كلامك أنك تشعر أن المشاكل المادية والنفسية ،وفي علاقتك بوالدتك ووالدك

وأخوتك ليس لها صلة باستخدام المخدرات، إنما مصدرها الأساسي - وربما الوحيد - هو قلق

والدتك الذي يتجاوز القلق الطبيعي من أمٍّ على ابنها، فيصل إلي حدود تسبب مشاكل حقيقية.

8- التلخيص:

هو أحد أشكال الإنصات المُتَمَعِن التي يصح استخدامها عندما يسترسل العميل في الكلام، ويكون من غير الممكن أن نكرر كل كلمة، فلابد أن نلجأ بعد مقدمة توضيح الملكية أن نلخص ما قاله. ونظرًا لأهميته اعتبره مؤسسو المقاربات الدافعية استراتيجية قائمة بذاتها.

التدريب رقم ٥: الإنصات المُتَمَعِن في بيان على المعلم

يقوم المُسِّر بعمل هذا التدريب إن كان واثقًا من تمكنه من مهارات الإنصات المُتَمَعِن. وقد يطلب من زميل يثق من تميزه في الإنصات المُتَمَعِن أن يقوم بالتدريب بدلًا منه.

يعرض المدرب على الحاضرين أنه سيقوم بالإنصات المُتَمَعِن الذي لا يستخدم فيه إلا عبارات تمعنية ولمدة 5 دقائق كاملة.

يطلب المدرب متطوعين ليكونوا متكلمين، على أن يفصحوا علنًا عن طبيعة الأمر الذي يشعرون حياله بازدواجية الميل أو يودون أن يتغيروا فيه. وبرفع الأيدي يسمع عناوين عدة مشكلات: مثلًا الإقلاع عن التدخين، أو القيام بحمية (ريجيم)، أو أخذ قرار بالهجرة أو البقاء في البلاد.

ويختار المدرب واحدًا من هؤلاء المتطوعين.

يسحب المدرب مقعدين ويضعهما على مسافة مناسبة وبصورة تتيح للمتدربين جميعًا مراقبة ما يحدث.

يطلب المدرب مراقبة الحاضرين لكفاءة تعبيره عن المُوَاجَدَة، وإنصاته بلغة الجسد، وإنصاته النَّشِط واستخدامه لأنواع العبارات التمعنية وعدم استخدامه لغيرها.

يطلب المدرب من أحد الحاضرين الذين يجلسون أمامه أن يكون الميقاتي، ويرفع أصبعين عند بقاء دقيقتين على نهاية الدقائق الخمس، ثم أصبع واحد عند الدقيقة الأخيرة، وعلامة بيديه تعني أن الوقت انتهي.

بعد الانتهاء، يطلب المدرب من المتكلم الذي كان معه أن يصف شعوره، ويصف إن كان حماسه للتغيير قد زاد.

ثم يطلب من الحاضرين ملاحظاتهم عن أدائه هو من حيث المُوَاجَدَة وطبيعة الإنصات الذي قام به، وعن أنواع العبارات التمعنية التي استخدمها، وعما إذا كان استخدم أي نوع آخر من العبارات غير التمعنية.

التدريب رقم ٦: إنشاء العبارات التمعنية أو الانعكاسات

- ينقسم الحاضرون إلى ثلاثيات، ويكررون التدريب السابق على أن يكون أحدهم متكلمًا والثاني منصتًا والثالث مراقبًا وميقاتيًا لمدة 5 دقائق ثم يتم تبادُل الأدوار.

- يعرض المُسِّر مرة ثانية بعض بدايات الجمل التمعنية المقترحة.

- كما لو كنت تقول....= زي ما تكون بتقول ....

- أنت ترى أن.....= أنت شايف ....

- أنت حاسس إنك . ...= أنت تشعر كأنك ....

- متهيألي إنك بتقول ..... = أعتقد أنك تقول

- أنت .... = أنت .....

- يقوم المتكلم بذكر شيء يود تغييره في نفسه، يتجاوب معه العضو المنصت الآخر بجمل انعكاسية أو تمعنية، والعضو الثالث يدون ملاحظاته، ويحصي أنواع العبارات التمعنية من ضمن الأنواع السبعة السابق ذكرها.

- ممنوع وضع حجارة في طريق الإنصات وممنوع الأسئلة. المتكلم يتكلم 5 دقائق. ثم يدور الدور على باقي الثلاثي.

- يتم أخذ ردود الأفعال من المتكلمين والمنصتين والمراقبين في 5 دقائق أخيرة.

- يسأل المُسِّر المتدربين عن مدى سهولة إنشاء جمل مُتَمَعِنة؟ ما الصعوبات التي تواجه ذلك؟

- التحدي الحقيقي هو الاستمرار في تقديم ردود فعل مُتَمَعِنة، وليس مجرد البداية.

- يجب تذكر أن المُوَاجَدَة هي الخلفية العامة لعملية إنشاء الجمل المُتَمَعِنة.

التدريب رقم ٧: الإنصات المُتَمَعِن المستدام

أصعب التدريبات وأعمقها.

- ينقسم الحاضرون إلي ثنائيات. يختار الثنائي مَنْ سيبدأ بالحديث.

- يختار المتكلم موضوعًا حقيقيًّا مهمًا بالنسبة له، ويريد أن يتغير فيه، أو يشعر بازدواجية ميل تجاهه، ويبدأ في التحدث فيه مشاركًا المستمع. لا يقوم المستمع إلا بالتجاوب بعبارات مُتَمَعِنة.

- ممنوع التعليق على تعليق المستمع، وذلك كأنها جلسة علاجية/ مشورة/ مشاركة. كل فرد مسؤول عن محاولة تطوير وتطبيق مهارات المُوَاجَدَة والإنصات المُتَمَعِن.

- نتبادل الأدوار بعد 10 دقائق.

- بعد نهاية 20 دقيقة يقوم كل فرد بتقييم نفسه كمستمع ومتكلم، وتقييم زميله كمستمع ومتكلم، ومشاركة شعورهما بالتجربة.

المبدأ الثاني: دعم الكفاءة الذاتية

بعد مبدأ المُوَاجَدَة يأتي مبدأ في منتهى الأهمية، هو دعم الكفاءة الذاتية للعميل. وهذا يتضمن تأكيد أن المشكلة وحلها في يد العميل، وليسا في يد المشير أو المعالج ولا في يد أهله. من المهم جدًا ألا يشعر العميل أنك تريده أن يتغير أكثر مما يريد هو ذلك. والأفضل طبعًا أن يصل نضجك كمشير، وإحساسك بالأمان وإدراكك لمحدوديتك في نفس الوقت إلى النقطة التي تجد نفسك فيها لا تتحمس لتغيير العميل أكثر من حماسه هو لتغيير نفسه. ولكن حتى لو ولم يكن هذا هو الحال، فاحرص كما قلنا في المُوَاجَدَة على «أن تضع هذا الحماس بين قوسين» أو «تعلقه مؤقتًا» ولا تُظْهِره للعميل. ومن جهة أخرى تدعيم فإن الكفاءة الذاتية هي الثقة في قدرة العميل على التغيير من خلال اختياراته هو، والتصديق في إمكانية التغيير، وفي أن العميل مسؤول عن الاختيار والتنفيذ في خطة العلاج. كما أن بثّ الأمل والإيمان بإمكانية التغيير من أهم مقومات التغيير.

ومن ثَمَّ علينا عدم التهوين أو التحقير من مَرَّات «التبطيل» (الإقلاع عن السلوك الإدماني) السابقة. بل علينا محاولة استكشافها بالتفصيل، واستكشاف مشاعر وذكريات العميل عن تلك الفترة، والدروس التي استخلصها من هذه المحاولة. وتشجيعه على أنه يمكن أن يتغير. تشجيعه على أن قراراته وتوجيهاته وطريقة تفكيره هو شخصيًّا لها عامل حاسم في تشكيل حياته، وتأكيد قيمته كإنسان بصرف النظر عن نجاحه أو إخفاقه.

الامتناع تمامًا عن التعالي عليه أو تحقيره أو التصريح بالاعتقاد بأنه أسوأ أخلاقيًّا من باقي البشر. وهل دينيًّا تُعَدُّ النميمة أو الصلاة بفتور أو تأديتها بإهمال معاصيَ أصغر من معصية التعاطي؟ إذن الامتناع عن إدانته أو السخرية منه ركن من أركان العلاج الفعَّال.

ولا يوجد تناقض بين دعم الكفاءة الذاتية ومفهوم «العجز» في برنامج الاثنتي عشرة خطوة. برنامج الاثنتا عشرة خطوة أو البرامج الروحية الأخرى لا تحتوي على مبادئ تقلل من ثقة الإنسان في نفسه وفي كفاءته وقدرته. بل أظهرت الأبحاث ازدياد تقدير الذات Self Esteem لدى المدمنين المتعافين من خلال هذه البرامج. البرامج الروحية مثل برنامج ال12- خطوة، تؤكد على أن المدمن يستطيع أن يقوم بشيء حيال مشكلته بل أشياء مهمة: (الدعاء والقراءة وحضور الاجتماعات والمشاركة والاتصال بالمشرف مثلًا). والبرامج الروحية أيضًا تدرك أن مسؤولية التغيير تقع على المتعافين، لكنها فقط تؤكد أن التغيير لا يحققه المدمن المتعافي بمفرده.

في دعم الكفاءة الذاتية أنا في الواقع أضع «الكرة أمام العميل» (بارمي الكورة في ملعبه). أي أؤكد أني مجرد مساعد ومساند والتغيير هو مسؤوليته أولًا وأخيرًا، وإن كنت سأتواجد إلى جواره طوال رحلة التغيير إذا أراد هو ذلك، كما أؤكد له أن البرنامج العلاجي يساعدك لكنه ليس المسؤول الأول، العميل نفسه هو المسؤول الأول وهذا هو ركن أساسي لمفهوم دعم الكفاءة الذاتية.

الاستراتيجية الثالثة: التشجيع Affirmation

الاستراتيجيتان الأولي والثانية (الأسئلة المفتوحة والإنصات المُتَمَعِن) تستهدفان بالأساس تحقيق المبدأ الأول أي المُوَاجَدَة. والاستراتيجية الثالثة تستهدف بالأساس تحقيق المبدأ الثاني أي دعم الكفاءة الذاتية.

التشجيع هو الامتناع عن الإقلال من الإنجازات مهما كانت بسيطة. وتوضيح الإنجازات بصدق وبلا مبالغة. واستخدام جمل أو حتى إشارات غير لفظية للتعبير عن القبول والتشجيع. يتم ذلك بعد الوصول لمراحل معينة من المُوَاجَدَة، ويتم بالتبادل مع الإنصات المُتَمَعِن والأسئلة المفتوحة.

وتعد هذه الاستراتيجية من الاستراتيجيات السهلة، لكن كثيرًا ما نتجاهلها، فعادة لا يأخذ العميل احتياجه من التشجيع والإعجاب.

تذكر يجب أن يكون التشجيع لأشياء حقيقية.

مثلًا يقول العميل:

لقد استطعت التوقف عن التعاطي 3 شهور كاملة منذ سنة ثم انتكست.

في المقابلات الدافعية لا تقل له:

وما فائدة انقطاعك عدة شهور ما دمت انتكست ثانية.

بل تقول عبارة توكيدية وتشجيعية يتلوها سؤال مفتوح يؤكد الإنجاز ويرفع ثقة العميل بنفسه مثل:

هذا لابد أنك تتشعر أنه كان إنجازًا. قل لي ماذا ساعدك على الانقطاع هذه الفترة؟

الاستراتيجية الرابعة: التلخيص

هو شكل من أشكال الإنصات المُتَمَعِن على المدى الطويل. كل10 دقائق مثلًا أو 20 دقيقة أو ربما في أخر كل جلسة، تقوم بتلخيص ما قاله العميل؛ تُظْهِر استيعابك وانتباهك لما قاله. وتساعده على ذكر المزيد في الجانب الذي يجذب انتباهه، أو ربما يلفت انتباهك لنقطة يراها مهمة وتكون قد أغفلتها.

ويؤدي هذا إلي زيادة وعي العميل بنفسه، واطمئنانه إلي إنصاتك ويساعده على مزيد من استكشاف النفس. بطبيعة الحال يمكن في التلخيص إبراز النقاط والمناطق التي تود التنبيه عليها أو تراها أنت مهمة، وقد يساعده هذا على التركيز ومتابعة الحديث فيها.

التلخيص يعطي للعميل إحساسًا أنك أنصت بانتباه، ويزوده بقاعدة يستطيع أن يبني عليها الخطوة التالية في استكشاف مشكلته وأهدافه، ومن ثَمَّ يزيد دافعيته. لذا يُستحسن استخدامه أثناء الجلسة، ويجب في كل الأحوال القيام به في نهاية كل جلسة مقابلة دافعية.

التلخيص يفيد في تحقيق المُوَاجَدَة كما يفيد في دعم الكفاءة الذاتية وتكوين الفارق.

المبدأ الثالث: تكوين الفارق

المقصود بتكوين الفارق هو إبراز الفارق بين وضع العميل الحالي وبين الوضع الذي يريد أن يصل إليه. كل إنسان هو في نقطة ما من حياته (النقطة أ) من ناحية مشاعره وإنجازه في الحياة العملية وربما الروحية أو الدينية وعلاقاته واستقراره. كل إنسان يريد أن يصل مع قليل أو كثير من الوقت إلي نقطة جديدة في كل هذه المجالات. ومن مبادئ المقابلات الدافعية استكشاف كيف يرى العميل وضعه الحالي، وماذا يريد تغييره فيه. وتزداد قوة دوافع التغيير (الدافعية) كلما

اتضحت الإشكاليات التي يمثلها وضع العميل الحالي (النقطة أ)، كما تزداد الدافعية بازدياد وضوح وجدارة الأهداف التي يريد أن يحققها (النقطة ب). وتكوين هذا الفارق بين النقطة «أ» والنقطة «ب» يتم على أفضل وجه من خلال تطبيق الاستراتيجية الخامسة وهي استثارة الجمل الدافعية.

الاستراتيجية الخامسة: استثارة جمل الدافعية الذاتية

هي بالأساس أسئلة مفتوحة تستهدف أن يجيب العميل عليها بطريقة تزيد من قوة دوافع التغيير الإيجابي لديه (ترفع دافعيته).

أنواع أسئلة استثارة الجمل الدافعية

ويمكننا تقسيم أنواع أسئلة استثارة عبارات الدافعية الذاتية إلي ما يلي:

أ- التعرف على المشكلة:

ما الذي يجعلك تفكر أنه ربما يكون هناك مشكلة = إيه اللي يخليك تفكر إن دي يمكن تكون مشكلة؟

ما المشاكل التي ربما حدثت لك بسبب استخدام المخدرات؟ = إيه المشاكل اللي ممكن تكون حصلتلك بسبب المخدرات؟

وضح لي كيف يمكن أو تكون تأذيت أو يكون شخص آخر قد تأذى بسبب المخدرات؟ = وضح لي إزاي ممكن تكون أنت إتأذيت أو حد تاني إتأذى بسبب المخدرات؟

هل عطلك استخدام المهدئات عن شيء؟ مثل ماذا؟ = ليه كنت بتاخد مهدئات هل ده كان بيعطلك عن حاجة؟ زي إيه؟

ب- القلق على التعاطي:

ماذا الذي يُشعر الناس بالقلق من جهة استخدامك للمخدرات؟ = إيه اللي ممكن يخلي الناس تقلق من ناحية استخدامك للمخدرات.

ماذا يقلقك أنت من جهة استخدام المخدرات؟ = إيه اللي بيقلقك أنت في موضوع استخدامك للمخدرات؟

ماذا يمكن أن تتخيل حدوثه، لا سمح الله بسبب المخدرات؟ = إيه اللي بتتخيل ممكن يحصلك بعد الشر، بسبب المخدرات؟

ما شعورك من جهة المقامرة؟ وهل هناك ما يشغل بالك من هذه الجهة؟ كيف؟ اشرح لي؟ = إيه شعورك من ناحية اللعب (القمار يعني)؟ الموضوع ده بيشغلك قد إيه؟ إزاي يعني؟ اشرح لي؟

اشرح لي عما قد يحدث لو لم تتغير؟ = اشرح لي إيه اللي ممكن يحصل لو أنت ما اتغيرتش؟

ج- نية التغيير:

كونك هنا معايا دلوقتى بيقول أن أكيد ولو جزء منك بيفكر أنه جايز ده يكون وقت تتغيير فيه؟

ما الأسباب التي قد تجعلك تفكر في التغيير؟ أو في تغيير طريقة حياتك؟ = إيه الأسباب اللي ممكن

تخليك تفكر تتغير أو تغير طريقة حياتك؟

لو سار كل شيء على ما يرام، وكما تريد تمامًا وصرت ناجحًا 100% ، ما الذي قد يكون مختلفًا عن وضعك الحالي؟ = لو كل حاجة كانت ماشية زي ما أنت عايز بالضبط وكنت ناجح 100% إيه اللي حيكون مختلف عن الوضع الحالي؟

ما الذي يجعلك تفكر أنك من الممكن أن تستمر في الشرب على نفس المنوال الحالي؟ وما الذي قد يجعلك تفكر في عدم الاستمرار على هذا المنوال؟ = إيه الحاجات اللي بتخليك تفكر أنك ينفع تكمل شرب بنفس طريقتك دلوقتى؟ وإيه يخليك تفكر أنه كده ما ينفعش؟ يعني من ناحية ثانية إيه اللي بيخليك تفكر تغير طريقتك في الشرب؟

ما المميزات التي قد تحققها إذا ما تغيرت أو تغيرت طريقة حياتك؟ = إيه المميزات اللي ممكن تحصل في حالة ما أنت اتغيرت أو طريقة حياتك اتغيرت؟

د. التفاؤل:

إيه اللي بيشجعك إنك ممكن تاخذ خطوة تغيير؟

إيه اللي ممكن يساعك لو قررت تاخذ خطوة تغيير؟

إيه اللي ممكن ينجح في حياتك لو قدرت إنك تتغير؟

صيغ متنوعة لتكوين الفارق ومنظور متعدد:

يمكننا أن نتناول كل نوع من الأنواع الأربعة السابقة من عدة مناظير، أو باستخدام عدة صيغ لتكوين الفارق أو إبرازه.

أ- استخدام صيغ المبالغة:

ما الذي تخشاه أكثر من غيره في حال عدم حدوث تغيير في حياتك؟ = إيه أكثر حاجة أنت خايف منها لو ما حصلش تغيير في حياتك؟

ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ = إيه أوحش حاجة ممكن تحصل؟

ب- النظر للوراء:

ارجع بذاكرتك للأوقات التي كنت فيها على ما يرام، ماذا تغير في وقتنا الحالي عن تلك الأوقات؟ = افتكر الأوقات اللي كنت كويس قوي فيها، إيه اللي اتغير عن وقتها؟

قبل بداية شربك للخمر، كيف كان شكلك بدنيًّا وشكل شخصيتك؟ = قبل ما تبتدى تشرب كان شكلك إزاي؟ شخصيتك كان شكلها إيه؟

وفي أي شيء تغيَّرت من وقت بداية شُربك إلي اليوم؟ كيف حدث هذا؟ ما الفارق بين كريم منذ 10 سنوات وكريم الآن؟ = واتغيرت إزاي؟ إيه الفرق بين «كريم» من 10 سنين و «كريم» دلوقتى؟

ج- النظر للأمام:

لو استطعت التغير، بماذا تحلم أن تصبح؟ = لو قدرت تتغير، إيه أحلامك وأمالك للمستقبل؟

ماذا تريد أن تكون بعد 5 سنوات؟ = تحب إيه اللي يحصل معاك كمان 5 سنين؟

د- استكشاف الأهداف:

ما الأهداف التي تود تحقيقها؟ = إيه الأهداف اللي نفسك تحققها ؟

ما أغلي الأمور على قلبك؟ = إيه الحاجات الغالية فعلًا جواك قوي؟

هـ- التناقض الظاهري:

هي جمل يقولها المعالج وتبدو تصعيب للمهمة «تطفيش» التي يواجها العميل.

هذا البرنامج العلاجي صعب ومتطلباته عالية، وصراحةً لا أعرف إن كنت أنت متحمسًا بقدر كافٍ لعمل هذا البرنامج؟ = البرنامج ده صعب وبصراحة أنا مش حاسس أنك متحمس كفاية له؟

لستُ متيقنًا بأنك تصدق أنه من الممكن أن تتغير إذا أردتَ؟ = أنا مش متأكد أنك مصدق أنك ممكن تتغير حتى لو أنت كنت عايز؟

و- اللعبة التحفيزية:

دعنا نلعب لعبة تمثيلية، أنا سأكون محلك، وأنت ستحاول أن تقنعني بلماذا يجب أن أتغير؟ = خلينا نلعب لعبة، أنا حاكون محلك وأنت محلي وأنت حاول تقنعنى أنا ليه لازم أتغير؟

المبدأ الرابع: تجنب المجادلة

تؤدي المجادلة غالبًا إما إلى تحدى صواب أو صحة أو دقة ما يقوله المعالج أو التشكيك في مصداقية أو معرفة المعالج أو خبرته، وقد تصل بالعميل إلى قدر من العدوانية اللفظية على المشير.

في المقابلات الدافعية نتجنب - من حيث المبدأ- مجادلة العميل أو ومناقشته في صواب ما يقول.

المبدأ الخامس: الدوران مع المقاومة

المقاومة للتغيير أمر طبيعي لدى مَنْ يشعرون بازدواجية الميل. بل هي أمر طبيعي لدى أي إنسان، فنحن نعرف ما نحن فيه، لكن ما سنتغير إليه هو مجهول بالنسبة لنا، والإنسان عدو ما يجهل. قد تظهر المقاومة في أي لحظة من الرحلة العلاجية، ولكن أحيانا سلوك المشير هو الذي يستثير المقاومة. فإذا حدث هذا فلا ينبغي أن نجزع ، كما لا ينبغي أن «نقاوم المقاومة». نحن في المقابلات الدافعية لا نواجه المقاومة بمواجهتها مباشرة بل «بالدوران معها». عندما يقول العميل:

أنا ما عنديش مشكلة مع المخدرات لكن والدتي هي اللي قلوقة.

هذه عبارة تعبر عن المقاومة، ومظهر المقاومة هنا هو الإنكار ثم إلقاء اللوم. في المقاربات الدافعية لا نواجه هذه المقاومة مباشرة بأن نقول مثلًا:

هذا إنكار وينبغي أن تتوقف عن إلقاء اللوم على والدتك.

هذا السلوك من جانبنا غالبًا سيؤدي إلى مزيد من المقاومة، كأن يقول العميل:

وما أدراك أنت بمَنْ أصل المشكلة هنا؟. أنت غالبًا تتحيز لمَنْ سيدفع لك أجرة الكشف أي الوالدة.

وهنا نرى مظهرين أو شكلين آخرين من أشكال مقاومة التغيير: التشكيك في معرفة المعالج «ما أدراك أنت» والتشكيك في نزاهته «أنت متحيز لمَنْ يدفع لك أجرة الكشف».

في المقابلات الدافعية نحن ندور مع المقاومة. كما في لعبة الجودو التي فيها يستخدم لاعب الجودو قوة خصمه ليطرحه أرضًا. فهو يدور مع مقاومة خصمه فاتحًا لخصمه المجال ليسقط نفسه على الأرض.

طبعًا مع الفارق أن العميل ليس خصمنا. لكننا نأخذ ما يهتم به العميل، ونتابع السؤال والإنصات لهذا الاهتمام (ندور معه) فنصل لما نريد متجنبين الجدال والمقاومة. كأن نقول:

احكِ لي أكثر عن قلق والدتك. لماذا تقلق؟ ماذا حدث في مرة من مرات قلقها، وكيف شعرت أنت عندما قلقت هكذا؟

ومقاومة التغيير تظهر في الأغلب في المرحلة الأولي، ولكنها قد تظهر في أي مرحلة من مراحل العلاج.

أشكال أو مظاهر المقاومة

١.الجدال:

هو التعبير عن موقف مغاير لما قد يكون المعالج قد اقترحه أو أوحى به. ويتضمن الأشكال التالية:

التشكيك في مدى دقة المعالج أو معرفته أو خبرته أو حتى نزاهته: كما شرحنا في المثال السابق ذكره.

التحدي: يقول العميل: بل ما تقوله أنت هو الخطأ بعينه.

العداء: يقول مثلًا: أنا أصلًا لم أكن مستريح لك، وأنا الآن لم أعد أطيقك.

د. النفور: يُعبِّر العميل عن كل السلبيات التي قد يراها في التغيير، ويُظْهِر مدى انزعاجه منها أو عدم ارتياحه له.

٢.المقاطعة:

الاستيلاء على الكلمة

يتدخل العميل في الحديث، بينما لا يزال المشير يتكلم و»يستولي» على الكلمة، بدون انتظار لسكتة ملائمة أو لحظة صمت أو إشارة إلى أن هذا هو دوره في الكلام. ويبدأ في شرح وجهة نظره مباشرة.

استخدام كلمات المقاطعة

التعبير المباشر عن الرغبة في عدم استمرار الحديث. بكلمات واضحة، مثل والآن انتظر لحظة.... أو لقد سمعت منك ما فيه الكفاية والآن اسمعني أنت

٣. الإنكار

فيه يُظْهِر العميل عدم الرغبة في إدراك المشكلات، أو في التعاون على مواجهتها، أو يظهر عدم قبوله لتحمل المسؤولية، أو رفضه للاستماع للنصيحة، ومن مظاهره:

اللوم: يقوم العميل بتوجيه اللوم للآخرين فيما يتعلق بمشكلاته.

الرفض: يرفض الاقتراح المقدَّم له من قِبَل المعالج دون إعطاء بديل بنَّاء.

بما فيه استخدام القول المألوف: نعم ولكن.. والذي يوضح الخطأ الذي يراه في الحلول المقترحة.

اختلاق الاعذار: هنا نجد العميل يختلق الأعذار لتبرير سلوكه.

ادعاء الحصانة: يدعي الشخص أنه غير مُعرَّض لأي خطر. مثلًا أنه لن يصبح مدمنًا أبدًا، أو لن يصاب بالإيدز، أو تليف الكبد، أو لن يفقد وظيفته.

التقليل من حجم المشكلة: يفترض العميل أن المعالج يبالغ في تقدير حجم المخاطر والصعوبات بينما الأمر: «ليس بهذه الصعوبة» أو «المشكلة بسيطة».

التشاؤم: يتحدث العميل عن نفسه وعن الآخرين بعبارات متشائمة أو انهزامية أو شديدة السلبية. ومن ثَمَّ حيث إنه لا يوجد أدنى أمل فلا فائدة من التغيير.

المعارضة: يُظْهِر العميل تحفظات واعتراضات على المعلومات والنصائح المقدمة له.

عدم الرغبة في التغيير: يُعبِّر العميل عن قلة الرغبة في التغيير أو انعدامها، أو يعبر عن نية عدم التغيير.

٤. التجاهل

هو عدم متابعة الحديث أو تجاهل ما يقوله المعالج، ومن مظاهره:

عدم الانتباه: طريقة تجاوب العميل تبين أنه لا يتابع الحديث، وأنه غير متنبه لما يقول المعالج.

تجاوب بلا إجابة: عند طلب المعالج من العميل أن يجيب على سؤال، يُبدي العميل تجاوبًا لا يُجيب فيه في الواقع عن السؤال الموجه له.

غياب أي تجاوب تمامًا: لا يعطي العميل أي تجاوب سواء لفظيًّا أو غير لفظي.

التحوُّل الي موضوعات فرعية: يقوم العميل بتغيير مجرى الحديث الذي يتبعه المعالج.

استراتيجيات الدوران مع المقاومة

يجب ألا ننسى أن العميل ليس خصمًا لنا، وأن هدفنا ليس «الفوز بالمناقشة» بل بناء دافعية

العميل. لا يوجد مجال «للمكسب والخسارة»، وليس الهدف هو أن أهزم العميل وأكسر مقاومته. فالعميل فرد قادر على التغيير مع بزوغ قدر من الاستبصار على حل مشكلته. لذا تتضمن استراتيجية الدوران مع المقاومة:

1- الإنصات المُتَمَعِن البسيط والمتقدم أو المتمكن

أ- التمعن أو الانعكاس البسيط.

لا تقاوم بل كرر ما يقوله العميل بمحايدة ودفء واحترام ساعيًا إلي المُوَاجَدَة، وموضحًا أنك فهمت وجهة نظره. مثلًا:

العميل: مش أنا اللي عندى المشكلة، لو كنت باشرب فده بسبب مراتي هي اللي بتزن وتقرفني.

المعالج: أنت شايف أن السبب الحقيقي في أنك بتشرب متعلق بمشاكل في زواجك.

ب- الانعكاس أو التمعن المكبر.

ع: أنا مش ممكن أبطل كده وخلاص أصحابي يقولوا على إيه؟ (النفور)

م: الحقيقة إن ممكن يكون صعب عليك تتغير أي تغيير على الإطلاق (عبارة استثارة جمل تحفيزية من خلال التناقض الظاهري).

ع: أنا أقدر أتحكم في شربي كويس قوي، أنا بافضل ماسك نفسي والناس كلها بتكون فيصت (ادعاء عدم وجود خطر = إنكار).

م: يعني أنت بتقول أن مفيش أى حاجة تستاهل القلق أو الانشغال، يعني والشرب مش ممكن يأذيك أبدًا (عبارة تمعن مُكبَّر).

تذكر أن من المهم جدًا في التمعن المُكبَّر أو المعظم، أن يكون الصوت والنبرة فيها دعم واحترام وصراحة، وتخلو من أي سخرية أو عدم تصديق أو نفاذ صبر؛ لأن أي من هذه النبرات قد يُفْهَم على أنه هجوم، ويُفسد الأمر. (يجب ألا يظهر أنك تسخر منه بل مهم أن تُعبِّر عن مُواجَدَتك له).

ج- التمعن المزدوج:

هو التمعن البسيط مع إضافة جملة أو جمل تظهر الجانب الآخر من ازدواجية الميل، ويجب هنا استخدام معلومات سبق جمعها من العميل في جلسات سابقة.

ع: أنا مش مدمن، كل الحكاية أن مراتي كانت متجوزة قبل كدة من واحد مدمن، وبيتهيأ لها إن أي حد بياخد أي حاجة يبقى مدمن على طول (إلقاء اللوم).

م: أنت قادر تشوف أن أحيانا المخدرات بتعملك بعض المشاكل، لكن أنت شايف إن مراتك بتبالغ قوي في رؤيتها للحكاية. (لأنه كان قد قال من قبل أن المخدرات تسبب له مشاكل، وهو هنا يقول أن زوجته تبالغ).

ع: أنا مش بادخن أكثر من أي حد من أصحابي، إيه المشكلة لما الواحد يشرب جوان أو اثنين كل فترة يعني (التهوين أو تقليل حجم المشكلة).

م : أنا قادر أشوف إزاي الموضوع ممكن يبقى صعب شوية، من ناحية أنت قلتلي إنك قلقان إن البانجو ممكن يأثر فيك بشكل سلبي، ومن ناحية ثانية الظاهر ليك إنك مش بتشرب أكثر من أي حد ثاني من أصحابك. (نستخدم عبارات كان قد قالها قبلًا).

د- تحويل التركيز مؤقتًا:

وهو شكل من أشكال الدوران حول الحاجز بدلًا من محاولة القفز فوقه.

ع: ماشى يمكن الشرب عملي شوية مشاكل لكن أنا مش مدمن (تهوين).

م: ما يهمنيش إنك تبص لنفسك على أنك مدمن أو مش مدمن، اللي شاغلنى أكثر الحاجات اللي بتحصل في حياتك وبتتعبك فعلًا احكى أكثر عن .....

هـ- الاتفاق مع العميل مع تحور بسيط:

ع: أنا مش فاهم أنت وأهلي معلقين قوى كدة ليه على مسألة الضرب (التعاطي)، أنت شخصيًا كنت حتضرب لو أهلك كان بيعملوا فيك اللي أهلي بيعملوه فيا.

م: وجهة نظرك قوية فعلًا ومهمة. لازم الواحد يشوف الصورة على بعضها. وجايز فيه حاجات أنا ماكنتش منتبه ليها، مفيش شك إن المخدرات والتعاطي عملية مرتبطة بالأسرة كلها معاك حق تمامًا. (هو هنا لا يقدر أن يقول أن المعالج مختلف معه لكن المعالج لم يوافق 100% بل قام بتحور بسيط يتوافق مع قناعاته الفعلية. المعالج لم يكذب).

2- التأكيد على المسؤولية الشخصية والاختيار وقدرة العميل على التأثير في حياته:

ع: أنا ماحدش يقولي أعمل إيه وماعملش إيه، أنا المسؤول عن حياتى.

م: ما حدش يقدر يخليك تبطل، القرار قرارك، أنا ما أقدرش أخد أي قرار ليك، لأن أنت إنسان حر ، إذا قررت ما تتغيرش مش حتتغير لو قررت تتغير حتتغير.

(هنا المعالج ألقى بالكرة في ملعب العميل لكن من غير مواجهة. وافق على كلامه، ولكن حمَّله بهذه الموافقة مسؤولية القرار، فقام بذلك بتوكيد كفاءة العميل الذاتية).

3- وضع الأمور في إطار مختلف:

وضع العلامات والملاحظات في إطار جديد، مثلًا موضوع التحمل النسبي لكمية المواد المغيرة للحالة النفسية، والتي هي في الواقع تزيد جدًا عند الأشخاص الذين عندهم استعداد وراثي للإدمان (راجع فصل مسببات الإدمان في الجزء الأول من هذا الدليل التدريبي).

ع: أنا باقدر أشرب أو أخد مخدرات وما يبانش عليا ومافيش تأثيرات سلبية تظهر.

م: دي ملاحظة مهمة جدًا؛ لأن الدراسات بتقول إن الناس اللي أكثر تعرض للإدمان، هي اللي دماغها أتقل، والآثار الجانبية للمخدرات أو الخمور عليها أخف. (ممكن تشرح هذا الجزء من فصل مسببات الإدمان ها في 5 دقائق، هنا يستخدم المعالج جزء معرفي أو معلوماتي).

ع: أمى طول النهار ما تتكلمش غير عن الضرب زن على طول وقرف.

م: متهيأ لي إن والدتك مهتمة بيك قوى ومشغولة عليك ، أنت غضبان لأن أسلوب تعبيرها مش كويس ودى طبعًا حاجة سلبية، يمكن نقدر نساعدها تعبر عن محبتها بطريقة أفضل.

ع: مافيش فايدة في التبطيل، أنا جربت كل حاجة وزهقت. مش عايز أحاول تاني.

م: لما يقولك «بعد العسر يسر» أو «الشمس خلف الغمام» ده مش كلام وخلاص، اللي أنت بتقوله بيوضح قد إيه أنت عايز تبطل، وأنا معجب بيك أنك فعلًا عايز، لكن غالبًا أنت اكتشفت حاجات كتيرة من محاولاتك السابقة، خلينا نحاول نستكشف أكتر شوية ، يمكن تكون اتعلمت حاجات من اللي فات، سواء من النجاح الجزئي أو من الفشل.

4. التناقض العلاجي الظاهري:

تتطلب هذه الطريقة مهارة عالية. ولا ننصح باستخدامها إلا عند فشل كل الطرق السابقة ويجب تقديمها بهدوء وبصورة بسيطة ومباشرة. مثلًا:

م: احنا اتكلمنا في بدائل كثير، والصعوبات المختلفة اللي أنت ذكرتها وبتمنع أنك تتغير، مع واقع يبدو فيه إنك سعيد إلي حد بعيد في حياتك زي ما هي، فيبدو أنه مافيش لزمة نحاول نغير حاجة، إذا كنت أنت فعلًا عايز تفضل زي ما أنت. (هنا أيضًا يلقي المعالج الكرة في ملعب العميل لكن باستخدام نصيحة أو اقتراح يتناقض ظاهريًّا مع القصد العلاجي).

* اقتراحات للجلسات المبدئية:

1- اتفاق على الوقت المتاح (هذه الجلسة وفي كل الرحلة العلاجية).

2- توضيح دورك وأهدافك.

3- توضيح دور العميل.

4- توضيح بعض التفاصيل.

5- أسئلة مفتوحة.

فخاخ المقابلات الدافعية وطرق التعامل معها

فخاخ المقابلات الدافعية هي طرق للتعامل مع العميل، يقوم بها المشير بدون انتباه أحيانا، وتؤدي بالتفاعل إلي طريق مسدود أو إلي الانتقاص من الدافعية للتغيير بدلًا من تعزيزها. وقد يقع فيها المعالج أو المشير من اللحظة الأولي للعلاج وحتى آخر لحظة فيه. ومن الضروري أن نعرف كيف نتجنبها أو نخرج منها إذا أردنا استخدام المقاربات الدافعية بكفاءة.

فخ الأسئلة والأجوبة

الفخ مثلًا:

1. المعالج: أنت جيت علشان تتكلم في مشكلة مع المخدرات.

العميل: آه.

2. م: تفتكر أنت بتاخد مخدرات كتير؟

ع: يمكن.

3: إيه المخدر الذي تحبه أكثر؟

ع: البودرة.

4: عمرك استلفت فلوس تأخذ بها مخدرات؟

ع: آه.

الأسئلة المغلقة هنا لا تتيح فرصة للمشير أن يواجد العميل بأي صورة فعَّالة، ولا بطبيعة الحال أن يُعبِّر عن هذه المُوَاجَدَة. فضلًا عن ذلك هذه الأسئلة قد تُشْعِر العميل بالضيق، إذا ما تم توجيهها بنبرة الاستجواب أو التحقيق. وقد تشعره بالملل لأنها لا تتطلب أي اشتباك ذهني أو وجداني للإجابة عليها.

والخروج من هذا الفخ سهل ميسور بمجرد «فتح الأسئلة» التي سبق ذكرها، أي تحويلها إلى أسئلة مفتوحة كالآتي مثلًا فتح الأربعة أسئلة السابقة قد يكون كالتالي:

1.المعالج: أحكي لي إيه الحاجات اللي بتشغلك أو بتضايقك دلوقتي.

2. م: تفتكر إيه اللي ممكن يخلي أي حد يفتكر إن استخدامك للمخدرات ممكن يسبب مشاكل؟ وليه ممكن مايكونش معاهم حق؟ وليه يمكن معاهم حق؟

3. م: إيه المشاعر اللي بتحبها وبتخليك تاخد مخدرك المفضل؟ يعني إيه المكاسب النفسية اللي بتاخدها منه؟

4: إيه اللي يخليك تفكر أن المخدرات مش ممكن تسببلك خسائر مادية؟ وإيه اللي يخليك تفكر أنها ممكن تسببلك خسائر مادية؟

فخ المواجهة - الإنكار

مثل على الفخ:

م: بيتهيألي إن عندك مشكلة مع الشرب، وعندك علامات كتير من علامات الإدمان.

ع: تقصد إيه؟

م: بيغمى عليك لما تأخذ وتكون مش مستريح مع فقدان السيطرة على الشغل.

ع: أعرف ناس كتير حصلها كده بس مش مدمنة.

م: يمكن ويمكن.

ع: أنا ماعنديش حاجة خطيرة.

هنا نرى أن الإنكار تجذر واشتد، وصار العميل أكثر مقاومة لرؤية مشكلته. المواجهة من شخص

لا يعرفه العميل، وقد لا يكون شديد الثقة به، أو غير واثق من محبته واهتمامه به، وبذلك تكون المواجهة غير مجدية، وغالبًا تأتي بنتائج عكسية.

الخروج من هذا الفخ:

م: إيه اللي يخلي حد يفتكر إن عندك مشكلة مع الشرب؟ وأنت إحساسك إيه لما الفكرة دي بتيجي؟

فخ الخبير

مثل على الفخ:

م: أنا درست كتير وشفت مدمنين كتير وعارف بأقولك إيه. أنت عندك مشكلة حقيقية.

ع: درست ده على روحك، بس أنت غلطان في تشخيص حالتي أنا.

الخروج من هذا الفخ:

م: فيه شوية حاجات أنا عارفها وعديت فيها واتعلمتها، بس أنت طبعًا اللي ممكن تعرف حالتك أكثر مني، وأكثر من أي حد. احكي لي أنت شايف إيه.

فخ اللافتة (اليافطة) أو الوصم

مثل على الفخ:

ع: أنتم كل اللي يهمكم إنكم تثبتوا إني مدمن وتعاملوني على الأساس ده.

م: بس أنت عندك كل علامات ووصف المدمن فعلًا.

ع: لأ، أنت غلطان في تشخيص حالتي أنا، دي شوية مشاكل ماتستاهلش، وأنت وأهلي بتبالغوا فيها، وعايزين تلبسوني ثوب إني مدمن بالعافية.

الخروج من هذا الفخ:

ع: أنتم كل اللي يهمكم إنكم تثبتوا إني مدمن وتعاملوني على الأساس ده.

م: لا أبدًا أنا مايهمنيش خالص أحط أي اسم أو حتى تشخيص لمشكلتك، قد ما يهمني نشوف

مع بعض إيه اللي شاغلك أو مضايقك، ونتكلم فيه ويمكن أقدر أساعدك فيه.

فخ التركيز السابق لأوانه (قبل اللزوم)

مثل على الفخ:

ع: أنا حاسس أن مديري في الشغل ظالمني، بيخصم مني كتير وإداني إنذار بالفصل.

م: ما هو ده علشان أنت بتروح الشغل متأخر ساعة أو اتنين كل يوم ومش مركز، وضاعت منك عهدة وده علشان مشكلتك مع المخدرات.

ع: لأ، أنت غلطان في تشخيص حالتي أنا، دي شوية مشاكل ماتستاهلش، وأنت وأهلي بتبالغوا فيها، وعايزين تلبسوني ثوب أني مدمن بالعافية.

الخروج من هذا الفخ:

سواء كنت قد وقعت في الفخ أم قبل الوقوع فيه، نقول مثلًا ما يلي:

م: طيب معلش احكي لي شوية عن تطور علاقتك بمديرك، وعن تقييمك لأدائك في الشغل.

فخ إلقاء الملامة أو اللوم

مثال على الفخ:

ع: لازم يكون واضح إن الذنب مش ذنبي إني باخد مخدرات، قلق أمي وتسلط أبويا وأنهم اطمنوا لجوز أختي اللي إداني أول سيجارة حشيش وأول برشامة وأول تذكرة بودرة، هي دي أسباب إني وصلت للمشاكل دي.

م: لو مابطلتش ترمي اللوم عالناس عمرك ما حتحل حاجة. أنت المسؤول الأول والأخير عن حياتك.

ع: أنت ظالمني وعمرك ماحتفهمني.

الخروج من هذا الفخ:

م: غالبًا الأسباب بتكون واقعة على أطراف متعددة فعلًا وأنا مش بالومك، وبرضه شغلتي مش إني أحدد مين غلطان. اللي يهمني إزاي نتعامل مع المشاكل الحالية بأفضل صورة أنت تقتنع بيها وتستريح لها.

التعامل مع بعض اللحظات والمواقف الهامة في مسيرة المقابلات الدافعية

1. التعامل مع نتائج الفحوصات

وهذه تتضمن نتيجة معمل وظائف الكبد، وفيروس الكبدي الوبائي، أو فيروس نقص المناعة البشري4 HIV فيروس الإيدز5 وتحاليل الدم، والموجات الصوتية على الكبد، أو الأشعة على العظام أو على المخ، الخ.

الموجات الصوتية على الكبد غالبًا لدى متعاطي المخدرات والخمور تظهر زيادة في الدهون على الكبد، وهي قابلة للتحسن إذا توقف الفرد عن التعاطي أو الشرب، وتحسنت طريقة الأكل ومارس الرياضة مثلًا بانتظام. وكذا في معظم تحاليل الارتفاع في وظائف الكبد.

بعد أي تحليل أو أشعة يجب أخذ رأي الطبيب المختص. لا تخمن أو تستنتج أي شيء.

أول ما تقوم به هو الأسئلة المفتوحة عن شعور العميل تجاه التحاليل. والمُوَاجَدَة والإنصات المُتَمَعِن. إذا كانت هناك معلومات ناقصة أو بها تشويش، فيجب أن نقترح سؤال طبيب متخصص.

بعض هذه النتائج قد تحمل أخبارًا سيئة مثل الإصابة بالفيروس الكبدي الوبائي، أو الإصابة بفيروس الإيدز، أو السل (التدرن)، أو حتى الأورام الخبيثة كسرطان الرئة. في كل الأحوال المُوَاجَدَة والإنصات ضروريان ومن المهم:

تجنب النصائح مثل: نصحى بقى ونبطل وناخد بالنا من نفسنا.

أو اللوم: أنت الذي جلبت كل هذا على نفسك.

وتجنب فرض التفلسف الخاص بك أو فرض «الحكمة» الفلسفية أو الأخلاقية أو الدينية كما تراها أنت. أنت لا تلعب دور الواعظ الديني والأخلاقي هنا بل دورك هو المساندة والمُوَاجَدَة الدقيقة والدفء من غير استحواذ.

نتائج الفحوصات تتضمن أيضًا نتائج الاختبارات النفسية المناسبة، مثلًا نتيجة مقياس شدة الإدمان ASI أو استبيان مشاكل المخدرات DPQ أو تطبيق معايير تشخيص الإدمان، وفقًا للإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسيDSM 5 ، أو مقياس القلق أو الاكتئاب أو مقياس مينسوتا متعدد الأبعاد للشخصية MMPI الخ.

بعض نتائج هذه الاختبارات قد تكون سببًا للغضب أو التشوش أو حتى للفزع أو الحزن الشديد أو اليأس. علينا في المقابلات الدافعية تقديمها في إطار داعم مُوَاجِد، واتباعها بإنصات مُتَمَعِن طويل،وأسئلة مفتوحة وطمأنة العميل، أو إبراز جوانب الأمل أو الجوانب الإيجابية في تلك النتيجة.

هذه النتائج يمكن أن تؤدي إلى يأس، أو ضغط شديد على العميل يعرضه لانتكاسة أو إمعان في السلوك الإدماني. ومن ناحية أخرى قد تشكل فرصة سانحة للتغيير في السلوك. يمكننا استثمار نتائج التحاليل والفحوصات لصالح التغيير بقوة من خلال تطبيق كل مبادئ واستراتيجيات المقابلات الدافعية.

تذكر أن تتجنب دائمًا التخمين والمبالغة والشماتة وأقول «ألم أقل لك» (مش أنا قلتلك) وكل فخاخ المقابلات الدافعية التي ذكرناها سالفًا.

2. التعامل مع الخسائر الجسيمة أو الأخبار غير السارة

قد يتلقى العميل أثناء العلاج، وربما قبل الجلسة مباشرة خبرًا سيئًا. وربما كان هذا الخبر وثيق الصلة بسلوكه الإدماني: كانفصال عن شريك حياته (أو طلاق)، أو فقدان حضانة أحد أبنائه، أو حكم في قضية، أو رُفِتَ من عمل، أو ابتعاد صديق عزيز عنه بسبب سلوكه. أو ربما كان الخبر صلته غير مباشرة بسلوكه الإدماني ومع ذلك مؤثرة. كوفاة والده أو والدته وهم غير راضين عنه.

علينا في المقابلات الدافعية تقديمها في إطار داعم مُوَاجِد، واتباعها بإنصات مُتَمَعِن طويل، وأسئلة مفتوحة وطمأنة العميل، أو إبراز جوانب الأمل أو الجوانب الإيجابية في تلك النتيجة.

وهنا أيضًا مثل هذه الأخبار يمكن أن تؤدي إلى شعور شديد بالذنب أو الغضب أو اليأس أيضًا، بما يشكل ضغطاً شديداً على العميل، يعرضه مرة ثانية لانتكاسة أو إمعان في السلوك الإدماني. ومن ناحية أخرى نفس هذه الأخبار قد تشكل فرصة سانحة للتغيير في السلوك. ويمكننا التعامل مع هذه الأخبار بحيث تصب في صالح التغيير بقوة من خلال تطبيق مبادئ واستراتيجيات المقابلات الدافعية.

تذكر أن تتجنب دائمًا هنا أيضًا التخمين والمبالغة والشماتة وأقول «ألم أقل لك» (مش أنا قلتلك) وكل فخاخ المقابلات الدافعية التي ذكرناها سالفًا.

3. التعامل مع العميل الذي لا يحضر المواعيد :

قد لا يحضر العميل في مواعيد جلساته لعدة أسباب بعضها يبدو متناقضًا مع بعضها الآخر:

1- قد يصل إليه أنك لا تحبه ولا تحب تمضية وقت معه.

2- على العكس من ذلك، قد يحبك ويقدرك بشكل زائد، فيخجل من أن يظهر ضعفه أمامك، أو يشعر أنه قد خيب أملك بعدم نجاحه في تحقيق التغيير الذي يرضيك. يجب تقديم التقدير والاحترام والدفء غير المستحوذ وغير المشروط وإيصال، أنه هو وسعادته أكثر أهمية عندك من «أدائه» في رحلة التغيير.

3- تعبير عن الميل المزدوج ambivalence أي أنه قد يشعر أنه على وشك تغير كبير في حياته بسبب جلساته معك، وهو غير متيقن أنه جاهز لهذا التغيير.

4- قد يعتقد أنه أخذ منك كفايته من الوعي والمهارات، وقد يكون هذا صحيحاً أيضًا وتكون قد أنجزت مهمتك على خير وجه.

في كل الأحوال تذكر أن المسؤولية الأساسية عن الرحلة والقرار في استكمالها معه بيده هو أساسًا. راجِعْ ما قمت به معه، وابحث إن كنت قد أخطأت في أي استراتيجية، أو خالفت أي مبدأ من مبادئ المقابلات الدافعية. لكن تذكر أن سبب عدم مجيئه إلى الجلسات قد لا يكون إخفاقك بل ربما يكون نجاحك.

المرحلة الثانية: منتصف طريق العلاج

نستمر في المرحلة الثانية بالالتزام بنفس مبادئ المقابلات الدافعية الخمس ونذكر هنا ثانية بهذه المبادئ:

المُوَاجَدَة Empathy
دعم الكفاءة الذاتية Support Self Efficacy
توضيح الفارق Developing Discrepancy
تجنب المجادلة Avoiding Argumentation
الدوران مع المقاومة Roll with Resistance

ولكن هناك استراتيجيتان جديدتان يظهران هنا هما:

التعرف على مؤشرات الاستعداد للتغيير.

تقديم التجاوب (الفدبكة) Feedback.

واستراتيجيتان كنا قد تحدثنا عنهما في المرحلة الأولى، ولكن احتمال الاحتياج للحرص عليها يزداد مع المرحلة الثانية كما سنشرح، وهما:

استمرار التعامل مع المقاومة.

استمرار تجنب الفخاخ والتعامل معها.

عادة بعد عدة جلسات من المقابلات الدافعية الفعَّالة، تظهر علامات الاستعداد للتغيير على العميل. طبعًا قد يحدث هذا من أول جلسة، أو قد يستغرق الأمر عشرات الجلسات. ونذكر أن التعرف على الاستعداد للتغيير لا يعني اختفاء ازدواجية الميل، كما لا يعني تلاشي احتمالات ظهور المقاومة للتغيير مرة ثانية، فإذا ظهرت نتعامل معها بالطرق التي ذكرناها سابقًا.

الاستراتيجية الأولي للمرحلة الثانية: التعرف على علامات الاستعداد للتغيير

انخفاض المقاومة: يتوقف العميل عن المجادلة والمقاطعة والإنكار والاعتراض، إلخ.

انخفاض عدد الأسئلة عن المشكلة: يبدو أن العميل قد حصل على ما يكفيه من معلومات عن المشكلة، وكوَّن قدرًا كافيًا من الوعي بها، فتزداد أسئلته عن الحلول.

العزم: يبدو على العميل أنه وصل لقرار. وقد يبدو أكثر هدوءًا أو سلامًا أو استرخاءً واستقرارًا. وقد يظهر هذا بعد فترة من الاضطراب، وربما حتى وقت من البكاء أو الاكتئاب.

العبارات التي تنم عن الدافعية الذاتية: يكثر العميل من عبارات الدافعية بدون أي أسئلة لاستثارة هذه العبارات من جانب المعالج. فيقول مثلًا:

«أنا فعلًا عندي مشكلة خطيرة»

أو «أنا قلقان جدًا من المشكلة دي»

أو «لازم أعمل حاجة في مشكلتي»

أو «أنا حاعمل حاجة وحاتغير يعني حاتغير».

زيادة الأسئلة عن التغيير: يسأل العميل أكثر عن طرق التغيير. ماذا ينفع مع الناس الأخرى؟ كيف يمكن للناس أن يتغيروا؟

رؤية المستقبل بصورة مختلفة: يبدأ العميل في الحديث عن حياته بعد التغيير، ويتوقع الصعوبات التي ستواجهه بواقعية، وهو يبحث عن طرق للتعامل معها. فمثلًا في مرحلة البدايات يذكر المخدرات أو السلوك الإدماني في كلامه عن المستقبل حتى بدون قصد، حتى عندما يتحدث عن مواضيع أخرى، كأن يقول مثلًا:

«حاحاول أروح الصبح الشغل بدري بعد الاصطباحة (جرعة المخدر الصباحية) مباشرة»

أو «حسأل كريم (شريك التعاطي) عن أفضل موبايل جديد بدل اللي ضاع».

يصير كلامه يدل على أنه يرى مستقبله بدون مخدرات. فيقول مثلًا:

« أنا عارف إني حيكون صعب عليا أشتغل من غير اصطباحة بس حاعمل إيه يعني».

أو « لازم أشوف طريقة تانية أجيب بها موبايل لأني مش حينفع أسأل كريم».

التجريب: يبدأ في تجربة طرق مختلفة للتغيير مثل الذهاب لاجتماعات الـ12- خطوة أو قراءة كتب العون الذاتي أو التوقف عن التعاطي لعدة أيام.. إلخ.

الشعور بالرفقة في الرحلة: يشعر المعالج برفقة العميل معه أنهما في رحلة علاجية مشتركة بدلًا من الشعور بأن العميل ليس لديه قرار واضح، أو أنه يُناور أو يُماطل. يشعران أنهما معًا يتقدمان بثقة وبسلاسة، وأنهما يتحركان معًا بدون شد وجذب.

الاستراتيجية الثانية للمرحلة الثانية: التجاوب (الفدبكة) وتقديم المعلومات والنصائح:

ينبغي أن نتذكر حقيقة أن معظم قرارات التغيير لا تُتخذ فجأة أو دفعة واحدة. بل يدخل الناس عادة إلي مرحلة العمل فيما يحملون في داخلهم الكثير من ازدواجية الميل. هناك خطر إذن من الإفراط في الحماسة عند ظهور مؤشرات أو علامات الاستعداد للتغيير. ويجب أن نتخذ نفس القدر من الحرص، ونتبع نفس الأسلوب المتبع في المرحلة الأولي. علينا أن نتجنب تقديم أي حلول أو اقتراحات لم يطلبها العميل. كما يجب علينا أن نحرص حتى على عدم تقديم هذه الحلول أو الاقتراحات عندما يطلبها العميل كتجاوب لطلبه أو فدبكة Feedback 6 معه إلا بعد التأكد من أنه قد أظهر علامات واضحة للاستعداد للتغيير.

إذا سأل العميل بنبرة فيها تحدي أو تشعر منها أنه ينوي إدخالك إلى مجادلة يُثبت لك فيها أن كل هذه الاقتراحات والحلول فاشلة، فيمكنك تجنب الفخ بأن تقول مثلًا:

م: لابد أنك أنت نفسك جربت محاولات كثيرة. احكي لي أولًا عن بعضها؟

لكن متى وجدت علامات واضحة للتغيير، يمكنك أن تقدم فدبكة مناسبة، لكن لتبدأ بالأسئلة المفتوحة أولًا:

ع: طيب أنت شايف ممكن أعمل إيه علشان أبطل؟

م: قولي الأول أنت تعرف إيه عن اللي ممكن يتعمل.

م: أحب أوى أقولك شوية أفكار ومقترحات، لكن أنت الخبير في شؤون نفسك، وأنا مش عايز أقف في سكة تفكيرك بأى صورة.

أو م: مش عارف إن كنت عايز أي اقتراحات مني، يمكن أنت عندك أفكارك اللي تحب تجربها.

أو م:طبعًا أنا ممكن أقولك اقتراحاتي ، لكن أنا مش عايز أبان كأني بأقولك تعمل إيه وما تعملش إيه، يعني ممكن تقولي ليه أنت شايف إن رأيي أنا بالذات يفرق معاك؟

ثم قد تجيب أيضًا بحذر وتحرص على ترك المبادرة مع العميل. كأن تقول:

م: طيب قولي اللي تعرفه مثلًا عن اجتماعات الـ12- خطوة؟ طيب والأماكن العلاجية؟

وبعدها فقط يمكن أن تشرح البرامج المتاحة وتبني في تجاوبك على ما قد يكون هو شاركه في إجابة هذا السؤال. كما يجب أن تشرح بعض الصعوبات المحتملة في كل برنامج وكيفية التعامل معها. صِفْ بلطف المقترحات التي تقدمها، ربما يفيد هذا في إسداء النصيحة بطريقة غير شخصية، فتسمح بذلك للعميل أن يحكم إذا كانت تناسبه أم لا. لذا يستحسن أن تبدأ كلامك بجمل مثل:

م: أنا مش عارف إذا كان اللي حأقوله مناسب ليك وإلا لأ ، لكن حأقولك أفكار نفعت مع

بعض الناس اللي كانوا في ظروفك دي.

أو م: أنا حأقولك فكرة لكن أنت لازم تجربها علشان تشوف هتنفع معاك وإلا لأ.

أو م: بعض الناس بتعمل ده أنا مش عارف هينفع معاك وإلا لأ.

لا تنسى المخاطر المحتملة أثناء الفدبكة مثل:

تجاهل قوة ازدواجية الميل: حتى بعد اتخاذ قرار لا يزال الميل المزدوج قائمًا. وإن كان الميزان يميل ناحية التغيير فقد تظهر الازدواجية ثانية في أي وقت.

الحماس الزائد: تذكر ألا تتحمس للتغيير أكثر من تحمس العميل له.

الاستراتيجية الثالثة: الاستمرار في تجنب الفخاخ والتعامل معها متى وقعت فيها

(راجع ما مضى)

الاستراتيجية الرابعة: الدوران مع المقاومة متى ظهرت

(راجع ما مضى)

المرحلة الثالثة: تقوية العزم على التغيير واللمسات النهائية

استراتيجيات المرحلة الأخيرة ووضع اللمسات النهائية تتضمن:

وضع الأهداف.

استكشاف البدائل.

وضع خطة عمل.

إعلان الالتزام.

الانتقال للمراحل العملية ومتابعة التنفيذ.

في هذه المرحلة يكون الإحساس بأن المعالج والعميل قد صارا يعملان معًا بتوافق وسلاسة كبيرة، ويكون العميل قد تلقى قدرًا كافيًا من الفدبكة والاقتراحات والمعلومات، ولا زال يُظْهِر رغبته في التغيير.

الاستراتيجية الأولي للمرحلة الأخيرة: وضع الأهداف

يتم هذا أساسًا عن طريق مجموعة من الأسئلة المفتوحة. مثل:

متهيأ لي ممكن تكون حاسس بتعب شوية بعد كل اللي قلناه ده، تفتكر إيه الخطوة اللي بعد كده؟

أنت عايز تحقق إيه عمليًّا في التلت شهور اللي جايه؟ طيب وبعد سنة؟

أنت حتقيس التقدم اللي أنت عايز تحققه إزاي؟ إيه العلامات اللي لو اتحققت تحس إنك نجحت في تحقيق اللي أنت عايز تحققه؟

إذا بدأنا باتخاذ خطوة واحدة للأمام ما هذه الخطوة في رأيك؟

الاستراتيجية الثانية: استكشاف البدائل

تفتكر أنت تقدر تعمل إيه دلوقتي بصورة محددة علشان تبطل وتتغير زي ما أنت عايز؟

اللي أنا شفته يترجم إزاي من ناحية مشكلة الشرب بصورة عملية في حياتك أنت؟

إيه البدائل اللي بتفكر فيها؟

إيه اللي أنت قلقان منه من ناحية التبطيل؟

إيه الصعوبات اللي ممكن تواجهك في التبطيل؟

يمكن للمعالج أن يقدم اقتراحات فقط إذا طُلِب منه؛ لأنه على العميل مهمة وضع أهدافه بنفسه، ولو فشل فيها يظل المعالج مساندًا حتى يغيرها، أو يحاول فيها بطريقة أخرى.

ونحن نقوم بشرح الأهداف البديلة، من الأفضل أن نتجنب اللغة المتخصصة والألفاظ والأسماء العلمية المتخصصة. بل يجب شرح البدائل المتاحة بلغة سهلة مفهومة للعميل، ولها علاقة واضحة باهتماماته ومخاوفه. اسأل العميل إذا كانت لديه تساؤلات عن كل من أساليب العلاج المختلفة؟

من الأفضل أن تترك الاختيار والتفاوض النهائي لحين الانتهاء من قائمة البدائل.

الاستراتيجية الثالثة للمرحلة الأخيرة: وضع خطة العمل

أيضًا يمكن أن يتم هذا من خلال مجموعة من الأسئلة المفتوحة، مثلًا تطلب من العميل أن يملأ الفراغات في الأسئلة التالية (بخطه إن أمكن):

أن أهم الأسباب التي أود التغيير من أجلها هي:......

أن أهم أهدافي في التغيير هي:....

إنني أنوي أن أقوم بالنقاط التالية حتي أحقق أهدافي:

....

....

....

....

....

خطة العمل هي:

الفترات الزمنية المتوقعة لتحقيق الخطة:

البداية يوم ...... سأقوم ب ....

بعدها بشهر سأقوم ب......

الأشخاص الذين سيساعدونني هم: وطريقة المساعدة هي:

الاستراتيجية الرابعة: إعلان الالتزام

كثيرًا ما يكون من المفيد أن يعلن العميل عن الخطوات الإيجابية التي سيقوم بها، وعن الإطار الزمني الذي سيحقق فيه هذه الخطوات أمام شخص آخر. وحبذا لو شخص يهم العميل وموقفه يفرق معه مثل شريك الحياة أو أحد الوالدين أو الأخوة.

يمكنك أن تسأل العميل إن كان يحب هذا، وتسأله عن الطريقة التي سيخبرهم بها. كتابة أو اتصال أو مقابلة. وكل هذا يمكن أن يتم أثناء الجلسة.

الاستراتيجية الخامسة: الانتقال للمراحل العملية والمتابعة

هنا ينتقل الحديث إلي الجوانب العملية: التمويل والمواصلات والأماكن وكافة اللوجسيتيات والجوانب العملية. ثم الاتفاق عن الكيفية التي يريد بها العميل أن تتم متابعة الخطة ودورك في هذه المتابعة.

وفي الختام فإن نجاحك كمعالج ونجاح العميل في التغيير يقوما على العلاقة العلاجية، التحالف الذي يقوم على الإخلاص والقبول والثقة التي يمنحها المعالج لعميله. كما ينبغي عليك كمعالج أن تتجنب الاحتراق النفسي الذي يؤدي بالمعالجين إلى الشعور بالاستنزاف والإرهاق المستمر، وفقدان الحماسة وعدم القدرة على الإنصات وما يسمى بإنهاك المُوَاجَدَة empathic exhaustion. تنظيم حياتك كمشير أو معالج ووجود مَنْ يدعمك نفسيًّا ومهنيًّا، وتوافر إشراف مشوري لك، كلها مسائل مهمة لضمان استمرارية وتجدد قدرتك على المُوَاجَدَة والإنصات.

1- اقترحنا هذه الترجمة في اجتماع الجمعية المصرية للطب النفسي عام 1996 م ولاقت استحسان رئيس الجلسة أ.د. يحي الرخاوي والحاضرين، وقد انتشرت من وقتها في عدة دوائر، لكن لا زالت الترجمات الأخرى للكلمة مستخدمة ومنها: التشارك والوجداني والتعاطف والتماهي، وكلها في تصورنا قاصرة عن إيصال المعنى المطلوب.

2- وَاجَد هو فعل المواجدة وهو عربي صحيح على وزن فاعل مثل الأفعال: شارك وواكب وناقش.

3- من مقالة «المواجدة: استخدامات الدهشة: تعليق على مقال مترجم" إيهاب الخراط 1998م

4- هذا هو اسمه الصحيح والخطأ الشائع أن نقول فيروس نقص المناعة البشرية. لأن التخصيص «البشري» يعود على الفيروس لا على المناعة. لأن هناك فيروسات نقص مناعة تصيب فصائل حيوانية أخرى مثل HSV الذي يصيب القردة العليا ولا يؤذي الإنسان.

5- ويكتب هكذا بالألف الممدودة: آيدز AIDS. والخطأ الشائع أن يكتب بهمزة أسفل الألف وفي هذه الحالة يكون نطقه EDES وهو نطق خاطئ.

6- يترجم التعبير الإنجليزيFeedback بتغذية مرتجعة أحيانًا وطبعًا تعبير تغذية في الاستخدام العربي المعاص، ويرتبط بالجهاز الهضمي وبإدخال معلومات للحاسوب. لكن تغذية مرتجعة يجعلنا نتذكر الجهاز الهضمي أكثر وخاصة باضطرابات غير محببة في هذا الجهاز. لذا نفضل التعبير المبسط «تجاوب» وتبسيطه مخل قليلًا. أو التعبير الذي يفضله أستاذنا د. يحي الرخاوي وهو الترجمة الصوتية للتعبير الأجنبي «فدبكة».

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

الخراط، إيهاب: المُوَاجَدَة: استخدامات الدهشة - تعليق على المنهجية. الإنسان والتطور، القسم العلمي. أغسطس 1998م.

Barrett, S., Begg, S., O’Halloran, P.& Kingsley, M. (2018) Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. BMC Public Health 2018 Oct .5; 18 (1): 1160

Frost, H., O’Carroll, R., Dombrowski, S., Williams, B., Cheyne, H. Coles, E. & Pollock, A. (2018) Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews, PLOS ONE 2018; 13 (10): .e0204890

.Published online October 2018 doi: 10.1371.pone.0204890

Lundahl, B, Kunz, C., Brownell, C., Tollefsen, D. & Burke, B.(2010) Meta-analysis of Motivational Interviewing Twenty Five Years of .Empirical Studies. Research in Social Work Practice 20, 137-160

Margiliz, A. F. (1984) Towards Empathy: The Uses of Wonder, American Journal of Psychiatry 141:1025-1033

Martino, S. (2013) Motivational Enhancement Approaches, in Miller, P. Intervention for Addictions: Comprhensive Addictive Behaviors .and Disorders. Vol. 3. P. 13-28

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009) Ten Things that Motivational Interviewing is Not. Behavioural and Cognitive Psychotherpay 37, .129-140

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing: .Preparing People for Change, Second ed. Guilford Press, New York

Miller, W.R. (1996) Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. Addictive Behaviours, Vol. 21, 6, November-December .1996, Page 835-842

Morton, K., Beauchamp, M., Prothero, A., Joyce, L., Spencer-Bowdage, S., Dancy, B. & Pedlar C. (2015) The Effectiveness of Motivational Interviewing for Health Behaviour Change in Primary Care Setting: A Systematic Review. Health Psychology Review. Vol. .9, 2015, Issue 2

Oxygen: Evidence Summary ( ) The Effectiveness of Motivational Interviewing for Young People Engaging in Problematic Substance Use (2018). https://orygen.org.au/Training/Resources/Alcohol-and-substance-use/Evidence-summary/Motivational-Interviewing. .Accessed 3 October 2020

Soudders, B. (2020) 17 Motivational Interviewing Questions and Skills, 01-09-2020. Positive Psychology.com. https://positivepsychology.com/motivational-interviewing/ accessed 3 .October 2020

Zidran, M. & Kolenko, A. (2016) Effectiveness of motivational interview for smoking cessation in hospital setting. European Respiratory Journal 2016 48: PA4310; DOI: 10.1183/13993003.congress-2016.PA4310

الفصل الثالث

العلاج المعرفي السلوكي

برنامج منع الانتكاسة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي

نشأة العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقه على السلوكيات الإدمانية

تأسس العلاج المعرفي بواسطة أرون بيك Aron Beck في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينيات، كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول حاضر مرضى الاكتئاب. موجهًا أساسًا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية. مع محاولة إعادة تشكيل التفكير السلبي وما ترتب عليه من سلوكيات.

بيك كان تلميذًا لمدرسة فرويد في التحليل النفسي. يُطبق أسلوب التداعي الحر مع مرضاه، أي يدعوهم للاسترسال في الكلام عن أي فكرة تخطر على بالهم، مهما كانت هذه الفكرة تبدو لهم غير مهمة أو محرجة أو منقطعة الصلة بمشكلتهم. وعليهم أن يقوموا بتحليل هذه الأفكار وصولًا إلى أصل المشكلة المختفي في العقل الباطن أو اللاشعور. لكن في أثناء قيامه بهذا التحليل لاحظ بيك أن مرضى الاكتئاب يكررون أنماطًا معينة من التفكير. فأفكارهم تميل للتركيز على سلبيات الواقع الحالي، والخسائر التي خسروها في الماضي، أو الإخفاقات التي عانوا منها. كما أن أفكارهم نحو المستقبل تتميز بتيقن بأنه سيكون مظلمًا وبلا أي أمل. فتمرد على التحليل النفسي، وقرر أن يلفت نظر عملائه لهذه الأنماط، ثم يدربهم على أنماط جديدة.

ثم طبق نفس الطريقة على مرضى القلق. ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك وآخرون في تكييف وتعديل العلاج الذي كان مخصصًا لمرضى الاكتئاب، ليقوم بمعالجة مجموعة متنوعة ومختلفة من الاضطرابات النفسية.

يفترض النموذج المعرفي أن «التفكير المشوش والسلبي» الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى، هو العنصر الغالب في معظم الاضطرابات النفسية. وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يقود إلي تحسين مزاج المريض، وبالتالي إلى تحسن في سلوكياته. وأن استمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

وأظهرت الدراسات المنظمة بشكل حاسم فاعلية العلاج المعرفي في علاج النوبات الاكتئابية العظمى، واضطراب الهلع، والرهاب الاجتماعي، والمشاكل الزوجية، والوسواس القهري، وتَوَهُّم المرض.

وقد تمت دراسة استخدام العلاج المعرفي كذلك لغير المرضى النفسين كالمساجين وأطفال المدارس والمرضى العضويين المصابين بأمراض مختلفة. وأيضًا ما يهمنا هنا المدمنون.

بدأ عالم النفس جي. الآن مارلات G. Alan Marlatt أبحاثه في عام 1980م، ونشر مع زميله جى. آر جوردون J. R. Gordon كتابهما العمدة «منع الانتكاسة» عام 1985م. حيث بنيا عملهما على ما توصل إليه آرون بيك. فالمدمنون أيضًا لديهم أنماط معينة في التفكير والسلوك، تؤدي بهم إلى الانتكاسة والعودة مرة أخرى إلى المخدر أو السلوك الإدماني. ولو تمت مساعدة

المدمنين على اكتشاف أنماط التفكير والمعتقدات العميقة التي تبنوها وتم تغييرها بأنماط تفكير صحيحة وموضوعية. سيساعدهم ذلك على الاستمرار في التعافي والعيش بشكل أكثر فاعلية.

العلاج المعرفي السلوكي بمفرده يعطي نتائج جيدة في مراحل اضطرابات استخدام المخدرات ذات الشدة الخفيفة إلى المتوسطة، لكن في الحالات الجسيمة تشير الدراسات إلى أن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بجانب الـ 12 خطوة يعطي أعلى نسبة نجاح في العلاج. بينما العلاج المعرفي السلوكي فقط لا يكون فعَّالًا على المدى الطويل إلا مع حالات قليلة.

يُسمَّى العلاج المعرفي السلوكي أيضًا «المدخل التربوي النفسي» إذ أن علاقة العميل بالمعالج أو المشير تكون فيه أشبه بعلاقة المعلم بالتلميذ، كما لو كان مجموعة دروس خصوصية في كيفية التعامل مع جوانب الإدمان المختلفة. ويتضمن المدخل المعرفي السلوكي تكليف العميل بواجبات منزلية يقوم بها بين الجلسات واستخدام الأمثلة التوضيحية. إلا أننا ينبغي أن نذكر بأن التعلم الفعَّال هو التعلم التفاعلي Interactive Learning حيث يتجنب إلقاء الدرس من المدرس لفترة تزيد عن 20 دقيقة، ويقوم المدرس حتى أثناء هذه الدقائق بتشجيع التفاعل بإشراك الدراسين من خلال طرح الأسئلة عليهم واستقبال الأسئلة منهم. كما يشجِّع أيضًا مشاركة الخبرات بينهم، مثل خبرة كيف حدثت الانتكاسات السابقة معهم، وخبرة كيف نجحوا في مرات سابقة في تجنب الانتكاسة، وهذا يُسمَّى التعلم الخبراتي Experiential Learning.

مرونة واتساع نطاق تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في مجال الإدمان

مدخل منع الانتكاسة أو العلاج المعرفي السلوكي يصلح لكل السلوكيات الإدمانية بما فيها:
اضطرابات استخدام المواد المغيرة للحالة المزاجية، وإدمان الجنس أو العلاقات وإدمان القِمَار أو إدمان الأكل وغيرها.

كما يمكن تطبيقه على المستوى الفردي أو في مجموعات. حيث يمكن تقديمه في صورة محاضرات تفاعلية تعتمد التعلم الخبراتي كما يمكن عمل مجموعات مشاركة حول مواضيع المحاضرات.

ويمكن استخدامه في أماكن الإقامة الكاملة كالمستشفيات أو مراكز تأهيل المدمنين/المجتمعات العلاجية وفي العيادات الخارجية على حد سواء.

ويتم استخدامه كعلاج مُكمِّل مع الميثادون للحد من إضافة الهيروين أو الأفيونيات الأخرى مع الميثادون (ما يسمى بالتعلية (Topping-up وبغرض الحد من استخدام المهدئات أو الكوكايين. والتي لا يُفيد معها الميثادون تأثيرها أو أنواع العلاج بالبدائل الأخرى مثل السوبكسون، الذي وإن كان يمنع التعلية، لأنه فضلًا عن النشوة البسيطة التي يُحدثها هو يغلق مستقبلات الأفيونيات، لكن بطبيعة الحال لا يؤثر على إمكانية استخدام مواد أخرى مثل الكوكايين.

ويمكن تطبيقه بغرض الإقلال من جرعة التعاطي أو تواترها Dose reduction أو بغرض تحقيق الامتناع الكامل.

وقد تم ضفر أو تكامل المدخل المعرفي مع تمارين الاسترخاء بأنواعها الثلاثة: تمارين التخيل المسترشد Guided Imagery أو التنفس أو الانتباه المعتني Mindfulness مبكرًا قبل ظهور

العلاج الجدلي السلوكي DBT الذي يضفر أو يجدل صانعًا ضفيرة واحدة من الانتباه المعتني والعلاج المعرفي السلوكي وتنظيم المشاعر بسبل مختلفة.

وقد يستخدمه مَنْ يريد التخلص من بوادر اضطراب في سلوكه مثل الإفراط في الطعام أو التكاسل أو الإفراط في العمل بدون داع حقيقي، كما قد يُستخدم مع المدمنين العتاة hard core أصحاب التاريخ الطويل مع التعاطي والمشاكل الجسيمة بسببه.

يجدر بالذكر أن مدرسة العلاج المعرفي السلوكي تُميِّز بين النكسة والزلة، بمعنى أن تعاطي المتعالج مرة أو مرتين فقط يسمى زلة lapse في هذا المدخل، ومع التأكد أن الزلة ترفع جدًا من احتمالات الانتكاسة الكاملة إلا أن هذا المدخل يحتفظ بالتعبير النكسة أو الانتكاسة للعودة الكاملة لنمط الحياة السابق. تعبير «الانتكاسة» في هذه المدرسة العلاجية ليس المَعْنِيُّ به، أي استخدام للمواد المغيرة للحالة المزاجية كما هو الحال في برامج الـ 12 خطوة، بل هو مقتصر على العودة الكاملة مرة أخرى إلى نمط السلوك الإدماني القديم. إذا حدثت زلة يجب أن يؤخذ موقف جذري لتفادي تكرارها لكنها لا تُسمَّى انتكاسة.

إلا أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم أيضًا كإضافة تكميلية تعزز من فاعلية برامج الـ 12 خطوة، سواء كان حضور اجتماعات هذه البرامج من خلال الإقامة الكاملة أو من الخارج. ووقتها يتم التخلي عن التمايز بين الزلة والانتكاسة، ويتم تطبيق مفاهيم برامج ال 12- خطوة الأكثر صرامة وتشدد في السعي للامتناع الكامل كهدف وحيد. وكان تيرنس جوركي Terence Gorky رائدًا في تطويع العلاج المعرفي السلوكي مع مبادئ ومناهج الـ 12 - خطوة.

المكونات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي

معرفة طرق التفكير والمعتقدات التي تؤدي للانتكاسة: بما فيها:

التعرف على طرق التفكير الخاطئة، والتي تقود إلى الانتكاس وتغييرها.

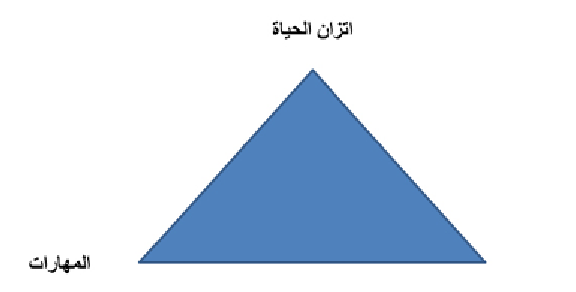
والتعرف على المواقف عالية الخطورة التي قد يجد فيها العميل نفسه، وترفع من احتمالات الانتكاسة وكيفية تجنبها والتعامل معها.والفخاخ النفسية التي يقع فيها المدمن وتقوده إلى مواقف عالية الخطورة وعلى كيفية التغلب عليها وتجنبها.

اكتساب بعض المهارات الهامة مثل: اتخاذ القرار وتوكيد الحقوق ووضع الحدود.

بما فيها تعلُّم التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة والمواقف العالية الخطورة والمشاعر السلبية.

تعلُّم طرق حياة متزنة: بما فيها: كيفية تحقيق التوازن بين ما يجب علينا عمله، وما نحب أن نعمله، وإدارة الوقت بشكل جيد، والتدرُّب الفعلي على تحقيق هذا الاتزان في الحياة.

إذن العلاج المعرفي السلوكي للإدمان يُمثل مثلث له ثلاث زوايا: المعرفة والمهارات واتزان الحياة.



دروس منع الانتكاسة

سنعرض هنا مدخل منع الانتكاسة في صورة عشرة دروس/جلسات أساسية. كما لو كانت سلسلة محاضرات:

الدرس الأول: مقدمة والمفاهيم والأدوات الأساسية.

الدرس الثاني: الأفكار التلقائية.

الدرس الثالث: المواقف عالية الخطورة والتعامل معها.

الدرس الرابع: الفخاخ النفسية.

الدرس الخامس: القلق والانتكاسة.

الدرس السادس: الاكتئاب والانتكاسة.

الدرس السابع: الغضب والانتكاسة.

الدرس الثامن: توكيد الحقوق.

الدرس التاسع: اتزان الحياة.

وسنعرض هذه الدروس بالأمثلة والأسئلة التفاعلية مقسمين الدرس الواحد إلى أجزاء. ونقترح على القارئ أن يحاول الإجابة على الأسئلة والتدريبات في كل درس مطبقاً إياها على سلوك يود تغييره في نفسه. كما نقترح في حالة استخدام هذا الكتاب/الدليل التدريبي في مجموعات أو في تدريب منظم أن يتم التعامل مع الأسئلة والتدريبات كما لو كانت الدروس يتم تدريسها في سياق علاجي فعلي. وسنضع في برواز اقتراحات للمدرب/المعالج ونختم كل درس بواجبات يقوم بها المستفيد بين الدرس/الجلسة والدرس/الجلسة التي تليها.

هناك دروس أطول من دروس أخرى، مثل الدرس الخامس عن القلق والإدمان، فيمكنك إذن تقسيمه على جلستين.

الدرس الأول

مقدمة أساسية:

مفاهيم وأدوات العلاج المعرفي السلوكي للإدمان

ملاحظات للمعالج/المدرس: قدِّم التعريفات والمفاهيم الأساسية فيما لا يزيد عن 10 دقائق، يليها مجموعة الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك. اسمح بعد 5 دقائق باستقبال أسئلة وترد عليها في مدة 3 دقائق، ثم أسئلة أخرى منهم قبل الأسئلة التي تستهدف إثارة تجاوبهم مع الدرس والإجابات منهم في 4 دقائق. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 20 دقيقة.

تعريف الوقاية من الانتكاسة أو العلاج المعرفي السلوكي للإدمان:

هي مدخل للمشورة يعتمد على التثقيف النفسي أي هو مدخل للتعليم/ السيكولوجي Psychoeducational يجمع بين:

التعرُّف على المفاهيم الخاطئة والمعطلة عن التعاطي والرغبة في التعاطي، وعن الضغوط التي يتعرض لها مَنْ يريد أن يتعامل مع مشكلات التعاطي بدون أن ينتكس، واستبدال هذه المفاهيم بمفاهيم أخرى صحيحة ومفيدة.

اكتساب المهارات السلوكية اللازمة لمقاومة الضغوط بطرق فعَّالة تمنع العودة مرة أخرى للتعاطي، واكتساب القدرة على مواجهة الضغوط، والتعامل مع المشاعر المختلفة بصورة صحية مع تجنب الانزلاق للتعاطي.

الوصول لاتزان في الحياة بين المتع والواجبات، وبين الداخل والخارج، وبين الضغوط وسبل التعامل مع هذه الضغوط.

وفي محاولة لفهم طبيعية الإدمان اقترح هارتArchibald D. Hart فهم أنواع السلوك الإدماني المختلفة على أربعة محاور:

إدمانات منشطة: محور يركز على النشوة من خلال زيادة النشاط وإطلاق الأدرنالين.

إدمانات مهدئة: محور يصل للنشوة من خلال التهدئة والطمأنة عن طريق إطلاق الآندورفينات أو ناقلات الجابا.

إدمانات تخدِّم احتياجات نفسية معينة: كالشعور بالذنب ومحاولة معاقبة النفس، أو كالهروب من الوحدة ومحاولة تعويض الإحساس بالدونية وانعدام القيمة.

إدمانات تتعامل مع الشهية أو الشهوة المتفردةUnique Appetite وهي الإدمانات التي يرتبط المدمن فيها بمواد أو سلوكيات تحمل له مذاقًا خاصًا أو لذة، قد لا يشاركه فيها كثيرون.

لكن عادة ما تتداخل تلك المحاور الأربعة معًا فيصبح المدمن فريسة لأكثر من محور منها.

بعدما شرحنا مقدمة عن العلاج المعرفي السلوكي (منع الانتكاسة)، وأخرى عن السلوكيات الإدمانية. سنستعرض بعض مهارات ومعارف وأساسيات منع الانتكاسة. حيث نعرض كشف حساب الأرباح والخسائر وخطوات التغلب على الرغبة في التعاطي.

كشف حساب الأرباح والخسائر

يتعاطي الناس المواد المغيرة للحالة المزاجية كالحشيش والتبغ والكحول والهيروين، أو يقومون بسلوكيات ذات طبيعة إدمانية كالقِمَار والجنس والإفراط في الأكل، لأن لهذه السلوكيات مكاسب

يستمتعون بها، ولكنهم يودون التحكم فيها أو التوقف عنها؛ لأنها تسبب خسائر صحية أو مالية أو في العلاقات يريدون تجنبها.

إرشادات للمدرس/المعالج:

عند هذه النقطة من هذا الدرس لمجموعة من العملاء أو حتى لفرد واحد في جلسة فردية، ارسم جدول أرباح وخسائر كالموضح أدناه على الفليب شارت (الورق القلاب) أو السبورة أو أي ورقة لو الجلسة فردية. واطلب من الحاضرين أن يقترحوا عليك أرباح وخسائر السلوك المطلوب تغييره

2. واكتبها في جدول ترسمه شبيه بالجدول أدناه:

كشف أرباح وخسائر التعاطي

أرباح	خسائر

بعد تلقي بعض الإجابات يمكنك مواصلة كتابة الجدول من نفسك: المكاسب تتضمن: اللذة، أو النشوة، أو الدماغ والراحة، أو الاسترخاء والهروب من المتاعب وتمضية الوقت، واكتساب إحساس بالثقة، وتحسن الأداء الجنسي، والوجود في مجموعة أصدقاء التعاطي وغيرها. ولكن هذه السلوكيات لها خسائر أيضًا مثل خسارة الأموال وخسائر الصحة كالخراريج وسرعة الإحساس بالتعب، وصعوبة التنفس وفقدان الوزن أو زيادة الوزن والتأخر في أداء مهام العمل، والمشاكل مع القانون، وفقدان الاحترام للنفس والشعور بالذنب، وفقدان ثقة الآخرين أو النفس، وتعرض أفراد الأسرة لمتاعب، والخجل من الأولاد أو الشعور بالخزي. بعض المتعاطين وأصحاب السلوكيات يقولون: لا مكاسب لها على الإطلاق. وهذا غير صحيح. الحقيقة أنه لن تكون هناك أي مشكلة في التغلب على هذه السلوكيات لو كانت لا تعطينا أي مكسب. وآخرون لا يفكرون بعد في خسائرها. لكن من المهم جدًا ملاحظة أن لكل إنسان مجموعة «أرباح» يأخذها من السلوك الإدماني، أو يطمح في أن يحصل عليه، وقد تختلف عما يحصل عليه الآخرون من نفس السلوك، فقد يبحث أحدهم عن الراحة والاسترخاء من وراء التعاطي، بينما آخر يستهدف النشوة والنشاط وهكذا. وأيضًا لكل إنسان مجموعة خسائر تكبدها أو يخشى من حدوثها، قد تختلف عن الخسائر التي تشغل بال آخر، حتى لو كان لديهم نفس السلوك. من المهم أن نكتب قائمة في جدول واضح بكشف حساب الأرباح والخسائرالخاص بك أنت شخصيًّا.

ملاحظات للمعالج/المدرس:

بعد انتهائك من فقرة كتابة كشف حساب الأرباح والخسائر.

بعد تلقي الإجابات على الأسئلة التفاعلية فيما لا يزيد عن 4 دقائق، قدِّم السبع خطوات للتغلب على الرغبة في التعاطي مع تمارين الاسترخاء الثلاثة فيما لا يزيد عن 10 دقائق، مع الكتابة على الورق القلاب أو السبورة.

تلقَ الأسئلة منهم وأجب عليها، ثم قُدْهم في تدريب استرخاء، وقدِّم الأسئلة التفاعلية بعد عدد من

الإجابات فيما لا يزيد عن 4 دقائق، اختم بتحديد موعد الجلسة القادمة، وتقديم الواجبات المطلوبة بين الدرسين.بعد الختام يكون هناك وقت حر مدة 5 إلى 10 دقائق للمشاركات أو أي حديث خفيف. مع ضرورة تواجدك لتلقي مشاركات مَنْ يريد أو أسئلته.

سبع خطوات للتغلب على الرغبة في التعاطي:

غيِّر مكان تواجدك، واذهب إلى مكان آمن هادئ.

مارس تمرين استرخاء، أو مارس النشاط أو الهواية، أو الإنصات إلى الموسيقى التي تقودك إلى الهدوء والاسترخاء.

راجع كشف حساب الأرباح والخسائر، الذي تضعه في جيبك دائمًا.

ثم قُمْ بالدعاء حتى يرفع الله عنك تلك الأفكار، ويمنحك الحكمة في التصرف.أو اقرأ آية أو بيت شعر أو سطور حكمة تستلهم منها القوة، ثم اتخذ قرارًا بتأجيل التعاطي مدة 24 ساعة فقط. قل لنفسك ربما أتعاطي غدًا.

شارك بالأفكار التي تضغط عليك واطلب المساعدة من مصدر دعم لك مثل مشرف أو معالج أو متعافٍ منذ فترة طويلة. أو تحدَّث مع شخص إيجابي يشتتك الحديث معه عن الرغبة.

قدِّم وعدًا لنفسك بمكافأة في حال مرور اليوم عليك دون تعاطي، على أن تكون المكافأة بعيدة عن المخدرات.

أَعِدْ تخطيط يومك، فكِّر كيف ستقضى ما تبقى منه بعيدًا عن كل أفكار التعاطي، وتجنب أي أماكن أو أشياء أو أشخاص قد يدفعونك للتعاطي. وخطِّط ربما إن أمكن لحضور اجتماع أو مقابلة المشرف أوالخروج مع المتعافين.

شرح الخطوات السبع

1. المكان الهادىء هو المكان الذي يمكنك فيه ممارسة تمرين استرخاء وتهدئ فيه أعصابك. المكان الآمن هو الذي يصعب فيه التعاطي أو ممارسة السلوك الإدماني. فإذا كنت تتعاطي المخدرات وانتابتك الرغبة وأنت في البيت بمفردك، فلتغير مكان تواجُدك من أماكن يمكنك أن تتعاطي فيها أو تعاطيت فيها في الماضي، مثل غرفة النوم مثلًا أو الحمام إلى أماكن يصعب التعاطي فيها، وغالبًا لم تتعاطَ فيها في الماضي مثل غرفة المعيشة أو السفرة. وإذا كنت تقود سيارة، وستمر على مكان فيه تُجَّار أو أصدقاء تعاطي غَيِّر طريقك تمامًا حتى لو اضطررت للسير في طريق أصعب أو أطول.

وإذا كنت تُصارع مع المواقع الإباحية (البورنو)، فلا تنتظر في غرفة يمكنك فيها استخدام الكمبيوتر، أو الهاتف المحمول (الموبايل) بمفردك. وطبعًا تكون قد تفاديت أي فرصة لوضع شاشة الكمبيوتر بعيدًا عن رؤية الآخرين. كما تكون قد وضعت على الكمبيوتر والموبايل برامج الشفافية والحماية التي لا يمكنك أن تزيلها بدون معرفة شخص ثقة يعمل معك على تعافيك.

تمارين الاسترخاء تتنوع بين تقسيمات عديدة وسنعطي أمثلة من كل نوع

هنا:

أ. التخيل المسترشد: مثل كيس الرمل والريشة

ب. الانتباه المعتني: مثل الأصوات والأحاسيس الجسمانية وملاحظة المشاعر والأفكار.

ج. تمارين التنفس.

إرشادات للمدرب أو المشير أو المعالج: كيفية تيسير القيام بتمارين الاسترخاء

تمرين كيس الرمل: تمرين من تمارين التخيل المسترشد

أطلب الآتي من الحاضرين بصوت هادئ مريح:

اجلس في وضع مريح. أسفل قدميك الاثنين على الأرض بالكامل. كفا يديك مسنودان على الفخذين أو إلى جوارك على المقعد. رأسك إلى الحائط أو وسادة إن أمكن، أو في أكثر الأوضاع راحة إن لم يمكن.

اغمض عينيك.

هدف التمرين هو استرخاء كل عضلات الجسم. شغِّل خيالك بنشاط معي، وضع عضلاتك في أريح وضع لها.

تخيَّل أن جسمك عبارة عن كيس من الرمل. مملوء تمامًا بالرمال، والرمال فيه مضغوطة وقماشه مشدود قليلًا.

ثم تخيَّل أن الرمل يتسرب من أطراف أصابع يديك وقدميك. رمل أبيض ناعم.

الآن تخيَّل أن الرمل نزل من مستوى عضلات الجبهة وأعلى الرأس من الخلف، فصار كيس الرمل في هذه المنطقة فارغًا أي «مرخرخ»، وصارت العضلات مسترخية أي «ريلاكسد».

وبهدوء وببطء تقول: ثم نزل مستوى الرمل إلى عضلات العينين والجفون، فصارت مسترخية.

فعضلات الخدين والمضغ واللسان، فصارت هي أيضًا مسترخية.

وعضلات الرقبة من الأمام والخلف.

وانزل إلى ما تحت عضلات الكتفين.

ومن الكتفين إلى الكوع في كلتا الذراعين. ومعهما عضلات الصدر وأعلى الظهر.

ثم العضلات من الكوع للمعصم (الريست)، ومعها عضلات أسفل البطن وأسفل الظهر.

وننزل إلى عضلات المقعدة (الهيب) والفخذين ومعها عضلات كفي اليد وأصابع اليدين.

فعضلات القصبة وسمانة الرجل.

وأخيرًا تترك الرمل عضلات القدمين وأصابع اليدين خالية ومرتخية.

ثم تقول نظل كما نحن والأعين مغمضة ونكرر التدريب، لكني سأصمت الآن وأنتم تخاطبون أنفسكم في سركم (تكلموا نفسكم من غير صوت)، مكررين التدريب بالتركيز التدريجي البطيء على كل مجموعة عضلات.

التدريب مع الإعادة يستغرق من 3 إلى 5 دقائق.

وتختم بأن تقول: كلما مارست تمارين الاسترخاء أكثر، كلما أتقنتها وقادتك بدورها إلي نتائج أفضل وأسرع.

ملاحظات:1. شجِّعْ القائم أو القائمين بالتدريب على الاسترخاء والتركيز فقط على الرمل المُنساب من أصابع اليدين والقدمين. 2. لكن أكد أنهم لو سرحوا بعيدًا عن هذا، فلا بأس، فليرجعوا بهدوء للتدريب. 3. أحيانا يجد بعض الناس التدريب مضحكًا. لا تغضب من ضحكهم، بل قل ببساطة وبلا تذمر بعد ما ننتهي من (نخلص) الضحك نرجع للتدريب.

تمرين الريشة: تمرين آخر من تمارين التخيل المسترشد

ضع جسمك كله في وضع مريح. هدف التمرين أن تسترخي كل عضلات جسمك. شغِّل خيالك بنشاط لكن عضلات جسمك أعطها راحة.

تخيل أن جسمك كله عبارة عن ريشة صغيرة. ريشة ملونة بألوان ملابسك، ولون شعرك ووجهك وجسمك وكل ما ترتديه.

تخيَّل أنك بصفتك ريشة تنزل من سقف الحجرة مع ريش آخر ملون أحمر وأصفر وأخضر وأزرق وبرتقالي.

كريشة لا وزن لك والريشة تتمايل في نزولها يمينًا ويسارًا وإلى الخلف والأمام وفي كل اتجاه. وكذلك الريش كله من حولها.

سقف الحجرة عالٍ جدًا؛ لأن الريشة صغيرة والرحلة من السقف إلى أرض الحجرة بطيئة جدًا، وقد تستغرق دقيقتين أو ثلاث دقائق.

تخيَّل أن هواء الحجرة الهادىء يحملك، وأن لا وزن لك.

عندما تصل إلى الأرض لن تشعر بشيء؛ لأن الريشة خفيفة جدًا وهبطت ببطء شديد جدًا.

سأصمت الآن وأنتم تكررون التدريب بتشغيل خيالكم بنشاط ومخاطبة أنفسكم بصمت؛ للتركيز في كونك ريشة، وفي رحلة الهبوط البطيئة والتي بلا وزن.

تمرين الأصوات والأحاسيس الجسمانية: أحد تمارين الانتباه المعتني (اليقظة)

ضع جسمك كله في وضع مريح واغمض عينيك. هدف التدريب هو الاسترخاء عن طريق تحويل التركيز والوعي من الأفكار المختلفة إلى الإحساس بما تشعر به هنا والآن في جسمك، وما تسمعه أذناك.

في الصمت الكامل للغرفة ركز في الأصوات التي تقدر أن تسمعها الآن. الأصوات فقط. قد تكون: صوت مروحة أو تكييف، صوت سيارات من بعيد، صوت طيور، صوت الريح وحفيف الأشجار.

وهكذا.

ركز في كل صوت منها على حدة مدة قصيرة، ثم انتقل إلى الصوت الذي يليه، وركز فيه فقط ثم صوت ثالث وهلمَّ جرًّا.

ركِّز بعدها في أحاسيسك الجسمانية: أين تتلامس الملابس مع جلدك، ومساحة كل تلامس وحجم الإحساس. ثم أين يتلامس جسمك مع المقعد (الكرسي) ومع الأرض أو يديك مثلًا على الأريكة (الكنبة)، أو ظهرك مع ظهر الكرسي أو الأريكة. ركِّز لمدة قصيرة في كل إحساس منها.

كرِّر التدريب لمدة لا تقل عن ثلاث دقائق.

تدريب رؤية ما حولك: أحد تمارين الانتباه المعتني (اليقظة)

ضع جسمك في وضع مريح. افتح عينيك ولاحظ ببطء، وتمعَّن كل ما حولك: الأشخاص والأشياء وألوانها وأحجامها. حاول تذكرها وحفظ أشكالها وعلاقاتها ببعض، أي المسافات والمواقع.

استغرق الوقت الذي يمكنك من استيعاب وتذكُّر كل هذا.

اغمض عينيك وتذكر في ذهنك كل ما شاهدت: الأشخاص والأشياء وألوانها وأحجامها. حاول تذكرها وحفظ أشكالها وعلاقاتها ببعض، أي المسافات والمواقع.

كرر التدريب حتى تشعر بسهولة وبيسر أنك رأيت واستوعبت كل ما هو حولك.

الأفكار والمشاعر الداخلية: أحد تمارين الانتباه المعتني (اليقظة) تمرين صعب ومتقدِّم

ضع جسمك في وضع مريح وأغمض عينيك.

لاحظ مشاعرك الداخلية أيًّا كانت. لا تحاول التفاعل معها أو التصرف فيها. لا تقاومها ولا تسير ورائها. دعها تعبر بهدوء. وتأتي غيرها.

يقول جلال الدين الرومي: كل المشاعر كالضيوف. قدِّم لها واجب الضيافة والترحاب. وكلها ستمضي أيضًا. لن يبقى أيًّا منها طول الحياة. بعضها ضيوف محبوبون لطاف، وغيرهم ضيوف ثقلاء. رحب بهم جميعًا وعاملهم كضيوف؛ لأن كُلًّا منهم سيأخذ وقته ثم يمضي.

ثم لاحظ أفكارك واتركها تنساب من فكرة إلى فكرة بدون اشتباك مع أي منها. فقط دعها تعبر في ذهنك بهدوء.

استمر لمدة لا تقل عن 3 دقائق.

تنفس النور: تمرين من تمارين التنفس

ضع جسمك في وضع مريح. اغمض عينيك. وتنفس ببطء.

تخيَّل أنك تستنشق في الشهيق نورًا، ودع النور يغمر ببطء صدرك ثم بطنك، وتخيل حتى أنه يغمر جسمك كله. قم بالشهيق ببطء شديد جدًا على قدر ما تستطيع.

ثم دع النور يخرج في الزفير بنفس البطء الشديد.

كرر التمرين ببطء وبيسر، أي دون أن تبذل مجهودًا شديداً لمدة 3 دقائق.

أسئلة تفاعلية:

ماذا كان ينجح معك عندما تريد التغلب على الرغبة في التعاطي؟

ما مظاهر عدم الاتزان في حياة المدمن؟ مع ضرب أمثلة واقعية من حياة ناس تعرفهم.

ما عنوان أوعناوين الدروس التي تشد انتباهك، وتتطلع لها من ضمن الدروس العشرة التي ذكرناها؟ واشرح لنا لماذا تشد انتباهك.

واجبات منزلية

بعد هذا الدرس أطلب من الحاضرين كتابة الواجبات التالية وإحضارها معهم في الدرس المقبل.

١. الواجب الأول: أهداف رحلة العلاج

اكتب أهدافك من رحلة العلاج، أو أهدافك من حضور هذه الدروس.

٢. الواجب الثاني: كشف حساب الأرباح والخسائر

اكتب جدول كشف حساب أرباح وخسائر السلوك الذي تود تغييره، واحتفظ بالجدول في جيبك.

٣.الواجب الثالث: تمارين الاسترخاء

قم بعمل أحد تمارين الاسترخاء الثلاثة التي تعلمتها وذلك 3 مرات كل يوم وكل مرة تشعر فيها بتوتر أو رغبة في التعاطي أو في السلوك الإدماني.

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الأول، وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلِّق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس الأول.

ثم قدِّم تعريفات هذا الدرس، ثم اشرح الأفكار التلقائية فيما لا يزيد عن 10 دقائق، تتخللها مجموعة الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك. اسمح بعد 5 دقائق باستقبال أسئلة والرَّد عليها في مدة 3 دقائق، ثم أسئلة أخرى منهم قبل الأسئلة التي تستهدف إثارة تجاوبهم مع الدرس والإجابات منهم في 4 دقائق. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 20 دقيقة.

الدرس الثاني

أخطاء التفكير

التفكير يتضمن الأفكار التي نفكر فيها عن قصد وتركيز، كما يتضمن تلك الأفكار التي تخطر في بالنا بدون أي تركيز منَّا: وسنسميها الأفكار التلقائية أو «الأوتوماتيكية». لكننا نستطيع أن نلاحظ إن دققنا النظر فيها أن هذه الأفكار التلقائية أساسها معتقدات راسخة داخلنا تنبع منها هذه الأفكار وهذه نسميها المعتقدات المحورية. لكن لكل منَّا «عادات» و»أنماط» (ستايلات) في التفكير. بعض منَّا تفكيره يميل إلى التركيز على أمور، بينما يركز آخرون منَّا على أمور مختلفة تمامًا، وهذا مع غيره نسميه طريقة التفكير. أخطاء التفكير التي قد تمهد للانتكاسة تتضمن أخطاء الأفكار التلقائية والمعتقدات المحورية كما تتضمن الأخطاء في طريقة التفكير.

أولًا: الأفكار التلقائية

هي أفكار محددة واضحة وبسيطة وعفوية. أفكار تنشأ بطريقة مباشرة، وليس بعد تفكير أو تأمل أو تروي، وتقود إلى تصرفات تلقائية. ومعظمها ضروري لحياتنا كالأفكار التي تتحكم في قراراتي أثناء قيادة السيارة وتقودني في الطريق الذي أسلكه كل يوم: «يمين في الشارع القادم لكن احذر المطب» أو حين أشرع في الكتابة: «خذ القلم الجاف الجديد لأن خطه على الورق سلس». أو: «لا تنسى موقد البوتاجاز مشتعلًا بعد تسخين رغيف العيش». الأفكار التلقائية أيضًا، هي الأفكار التي نفكر فيها بيننا وبين أنفسنا أثناء قيامنا بأمور أخرى، أو ما نقوله لأنفسنا في أذهاننا وهو ما يُسمَّى»بالحوار الداخلي». بعضنا تراوده أفكار تلقائية إيجابية:»سأحل هذه المشكلة كما قمت بحل مشكلات كثيرة قبلها» وآخرون تراودهم أفكار تلقائية سلبية مثل: «أنا أصلي نحس ولا شيء سينجح معي» أو: «سترفضني هذه الفتاة لأني لا أتحدث بطلاقة».

الأفكار التلقائية والمشاعر السلبية والرغبة في التعاطي

المشاعر السلبية يمكن تقسيمها إلى 3 حزم رئيسية: أولًا- حزمة مشاعر الغضب، وتتضمن مع الغضب والتهيج (النرفزة)، والاستياء، والإحساس بالظلم، والرغبة في الانتقام، والضيق وغيرها. ثانيًا- حزمة مشاعر القلق، وتتضمن القلق، ومشاعر الخوف، والفزع، والجفل (الخضة)، والفوبيا (الخوف من الأماكن المفتوحة أو الخوف من المواقف الاجتماعية مثلًا أو الخوف من الأماكن المغلقة وهكذا). وثالثًا حزمة مشاعر الحزن، وتتضمن مع الحزن اليأس، والملل، والاكتئاب، وفقدان الطاقة، وعدم القدرة على الاستمتاع، واللامبالاة وغيرها. وكل هذه المشاعر لها فوائد، وضرورية للحياة المتزنة لو أحسنَّا رصدها والتعامل معها، لكنها قد تزيد من مشاكلنا، إن هي زادت عن حدها أو لم نحسن استغلالها. وقد ترتبط بأفكار تلقائية مرتبطة بالتعاطي أو السلوك الإدماني لمَنْ يعانون من هذه السلوكيات وقد تسبب انتكاسة.

الأفكار التلقائية التي تظهر في سياق السلوك الإدماني، قد تُولِّد مشاعر سلبية، ومن ثَمَّ رغبة في التعاطي كرد فعل لحدث أو لكلمة معينة.عندما نشعر بالضيق مثلًا، قد تأتي فكرة تقول: «اذهب إلى الثلاجة وابحث عن شيء تأكله، وسوف تشعر بشعور أفضل». أو تقول: «اشعل سيجارة

لتنفس عن بعض ضيقك». أو: «موقع البورنو على النت سيلهيني عن التفكير الذي يضايقني».

و بالرغم من عدم اقتناعنا في أحيان كثيرة بجدواها أو فائدتها لنا على المدى الطويل، إلا أنها قد تثير فينا الرغبة في القيام بالسلوك الإدماني، ومن ثَمَّ نستجيب لها بصورة تلقائية أيضًا، ونجد أنفسنا ننفذ الفكرة.

القوة الأساسية للأفكار التلقائية السلبية تكمن في أننا كثيرًا ما نقبلها دون فحص أو تحليل منطقي، بل لا نلاحظ أصلًا أن الفكرة خطرت ببالنا. وسنشرح بتفصيل أكثر مشاعر الغضب والقلق والحزن أيضًا، عندما نقدم دروس منع الانتكاسة المتخصصة في كيفية التعامل مع هذه الحزمة من المشاعر بدون التعاطي، أو اللجوء إلى أي سلوك إدماني. أمثلة أخرى لبعض الأفكار التلقائية، وتأثيرها المحتمل على مشاعر الغضب والسلوك الإدماني:

الحدث	الفكرة التلقائية	المشاعر	السلوك المباشر	السلوك الإدماني
تأخرت بسبب زحمة المرور وأنا في طريقي إلى العمل.	**سأكون آخر شخص يصل إلى العمل. سيوبخني المدير ولا ذنب لي.**	**غاضب**	**تشاجرت مع أحد سائقي التاكسي.**	**تزداد رغبتي في التعاطي جدًا أفكر: التعاطي سيريحني من هذا.**
طلب مني زميلي أن أقوم بعمل ما بدلًا منه.	**أنا عليَّ العمل دائمًا وهم الإجازات والمكافآت.**	**مستاء من زملائي .**	**انفجرت غاضبًا في وجه أحد الزملاء.**	

أسئلة تفاعلية: أطلب ما يلي من المجموعة (أو العميل):

1. اذكر حدثًا سبَّب لك حزنًا أو غضبًا أو خوفًا، وحاول تذكر الأفكار التي خطرت على بالك وقتها.

2. إذا تكرر هذا الحدث اليوم تخيل ردًّا على الأفكار التلقائية التي خطرت يومها على بالك.

لو في مجموعة تلقَّ ثلاث أو أربع إجابات، ثم واصل الشرح.

الأفكار التلقائية والمشاعر الإيجابية والرغبة في التعاطي

وبعض أصحاب السلوكيات الإدمانية تُولِّد لديهم الأحداث مشاعر إيجابية تؤدي لأفكار تلقائية «إيجابية»، فتعرضهم أيضًا لخطر التعاطي، مثلًا:

الحدث	الفكرة التلقائية	المشاعر	فكرة تلقائية إدمانية	السلوك الإدماني
ظهرت نتيجة الامتحان ونجحت	**هذا حدث جميل يدعو للاحتفال**	**سعيد**	**أحسن احتفال هو بسيجارة حشيش تزيد من فرحتي**	**تزداد رغبتي في التعاطي جدًا واحتمال حدوث**
يهنئني مشير الإدمان	**هذا إنجاز عظيم يدل**	**الثقة في**	**سأشد سطرين هيروين**	

بمرور ٦ شهور بدون تعاطي	على القوة التي اكتسبتها	النفس والرضا عنها	وأتوقف سنة كاملة بعدها لأني صرت قويًّا	انتكاسة يزداد جدًا

الأفكار التلقائية المباشرة والرغبة في التعاطي

أحيانا تأتي أفكار تلقائية مباشرة للتعاطي (أفكار ضرب) بدون لا حدث ولا أفكار مرتبطة بمشاعر سلبية. ذلك لأن ذاكرتنا تحتفظ بصورة لاشعورية ولا واعية بذكريات السلوك الإدماني. معظم ما يُسمَّى «فكرة ضرب من فراغ» له بوادر أو مقدمات في أحداث أو مشاعر أو مواقف قد لا ننتبه إليها، ونقول إنها فكرة مباشرة في حين أن لها مقدمات لم ننتبه إليها، أي إشارات مبكرة فاتت علينا، أو هي نتيجة فخ نفسي لن ننتبه إليه. لكن بعضها فعلًا يأتي بدون مقدمات، وهذه أيضًا يجب تجهيز سيناريوهات فعَّالة للتعامل معها.

أسئلة تفاعلية: أطلب ما يلي من المجموعة (أو العميل):

1. اذكر حدثًا سبب لك فرحًا أو سعادة أو رضا، وحاول تذكر الأفكار التي أتت على بالك وقتها وقادتك إلى انتكاسة.

2. إذا تكرر هذا الحدث اليوم تخيل ردًّا على الأفكار التلقائية التي خطرت يومها على بالك.

لو في مجموعة تلقَّ ثلاث أو أربع إجابات، ثم واصل الشرح.

ملاحظات للمعالج/المدرس:

بعد انتهائك من الأسئلة التفاعلية عن الأفكار التلقائية، وتلقي الإجابات فيما لا يزيد عن 4 دقائق، قدِّم المعتقدات المحورية وأخطاء طريقة التفكير فيما لا يزيد عن 10 دقائق مع الكتابة على الورق القلاب أو السبورة.

تلقَّ الأسئلة منهم، وأجب عليها، ثم قدِّم لهم الأسئلة التفاعلية، وبعد تلقي عدد من الإجابات فيما لا يزيد عن 4 دقائق، اختتم بتحديد موعد الجلسة القادمة، وتقديم الواجبات المطلوبة بين الدرسين.

بعد الختام يكون هناك وقت حر مدة 5 إلى 10 دقائق للمشاركات أو أي حديث خفيف. مع ضرورة تواجدك لتلقي مشاركات مَنْ يريد أو أسئلته.

ثانيًا:المعتقدات المحورية

تصدر الأفكار التلقائية في كثير من الأحيان من «المعتقدات المحورية». ذلك لأن لكل إنسان مجموعة من المعتقدات العميقة تشكل بالنسبة له تصورًا داخليًّا للطريقة وللعالم وللناس من حوله. هي تكون النموذج الداخلي للعالم أو البرنامج الذي به نفهم ونحكم على العالم والناس وعلى أنفسنا أيضًا، ومن خلاله نفسر الأحداث ونتوقع ردود الأفعال.

فإن عدنا إلى الفكرة التلقائية في المثال (1) عندما تأخر الموظف عن عمله. توقع بأن مديره سيوبخه. يمكننا أن نسأل هذا الموظف الغاضب ما الذي سيحدث إذا وبخه المدير؟ لأننا من خلال سؤالنا هذا يمكننا معرفة المعتقد المحوري العميق الذي تسبب في قلقه ثم غضبه، وقد تكون الإجابة

كالآتي على سبيل المثال:

إذا تعرضت للتوبيخ من المدير.... في نهاية الأمر سوف أفقد وظيفتي.

على سجلي الوظيفي أن يكون خاليًا من أي أخطاء.... كي أكون ناجحًا.

إذا وبخني المدير لتأخري، فأنا شخص فاشل.

المعتقد المحوري هنا هو: أن عليه فعل كل شيء صحيح، وأن لا يخطئ أبدًا، وإلَّا فلن يكون ناجحًا.

أو معتقد آخر: أن تلقي الكلام السلبي من أي إنسان يعني أن أحدهما شخص غير محترم.

ذلك البرنامج الذي يحكم «المعتقدات المحورية» من المفترض أن يتم تحديثه أولًا بأول. في ضوء الخبرات الجديدة التي ربما تختلف عن الخبرات السابقة. لكننا كثيرًا ما نعاني من الجمود أو البطء في تحديث ذلك البرنامج.

المعتقدات المحورية ذات الصلة المباشرة بالسلوك الإدماني تتضمن:

مفيش تبطيل.

لا توجد بالنسبة لي بالذات طريقة للتخلص من المشاعر السلبية إلا بالتعاطي.

لو شعرت بالرغبة وزادت فلا مفرَّ من السلوك الإدماني.

وكمثال لمعتقد محوري يؤثر بصورة غير مباشرة على السلوك الإدماني نذكر:

أن إحدى السيدات كانت تعتقد أن كل الرجال لا يمكن الوثوق بهم؛ لأنهم لا يبحثون إلا عن الجنس مع كل امرأة يتقابلون معها. حتى وأن تقابلت تلك السيدة مع رجل لا يحاول ممارسة الجنس معها، تحلل الموقف من خلال معتقدها الراسخ كالآتي:

أنا غير جذابة بالنسبة لأي رجل.

وهي بذلك تظل تصدق المعتقد وتحكم على الناس من خلاله، ولا تحاول مناقشته أو التأكد من صحته. وهذا قد يدفعها للإفراط في الطعام؛ لتفادي الإحساس السلبي المُتولِّد عن هذا التصرف من الرجل الذي فسرته بهذا التفسير.

المعتقدات المحورية الجامدة هي التي- عندما تحدث- تشوه الواقع وتدمر العلاقات، وتجعل الإنسان يعاني من مشاعر سلبية بما قد يدفعه للتعاطي أو السلوك الإدماني.

أمثلة المعتقدات المحورية المعطلة:

إذا غضب مني أحد فلن نرجع كما كنا «اللي انكسر ميتصلحش.»

إن لم أنجح تمامًا، فأنا فاشل تمامًا.

إذا انتقدني أحدهم فأنا فاشل لا أستحق الحياة.

لا ينبغي أن يشارك أحد بما في داخله مع الآخرين.

مَنْ ينتقدني ويُشِرْ إلى عيوبي. فهو يكرهني.

عليَّ أن أكون أكثر نجاحًا من الجميع، وإلَّا فأنا فاشل.

نتيجة وجود هذه المعتقدات المحورية السلبية فعند التعرض لمواقف معينة، تصدر أفكار تلقائية سلبية مثل: «أنا فاشل- أنا مرفوض- أنا غير محبوب- أنا أقل من فلان أو من كل الآخرين- لا فائدة مني- إمكانياتي قليلة- أنا غبي» بما يُولِّد أفكار تعاطي، أو سلوك إدماني ويزيد من الرغبة في التعاطي.

المعتقدات المحورية من الممكن أن تكون قد تكونت نتيجة لخبرات سابقة تم تعميمها، أو ترددت كشعارات في أسرة المنشأ أو كان الوالدان مثلًا يقولان لنا عنها في طفولتنا. و تأثير هذه الرسائل والشعارات يزداد قوة بقدر أهمية الأشخاص الذين تصدر عنهم هذه الرسائل وهذه الشعارات. وخاصة من الذين نحبهم ونحترمهم كأفراد أسرتنا وأصدقائنا المقربين. كثيرًا ما تكون هذه الخبرات والرسائل السبب الرئيس لمعتقداتنا المحورية سواء السلبية أم الإيجابية.

ثالثًا: الأخطاء في طريقة التفكير

الأخطاء في طريقة التفكير ليست فكرة أو معتقد لكنها، تتعلق بالطريقة التي نفكر بها. بعضنا يركز مثلًا على السلبيات فقط (نصف الكوب الفارغ)، ويطبق طريقة التفكير هذه على عمله، فلو مر يوم سيء في العمل أو لم يحصل على الترقية التي كان يتمناها، يفقد القدرة على رؤية كل الإنجازات والأيام الحلوة في العمل، وأن مرتبه يكفي احتياجات بيته، وهكذا في علاقته بزوجته أو صديقه، أو في وقت الفسح والإجازات وغيرها. وتؤثر هذه الطريقة الخاطئة أيضًا على طريقته في تفادي الانتكاسة أو الوقوع فيها. فإذا عرف أن واحدًا من أصدقائه المتعافين انتكس، ينسى العشرات الذين يعرفهم ولم ينتكسوا، ويتصور أنه لا أمل في تعافيه.

وأخطاء طريقة التفكير تتضمن:

الأبيض والأسود فقط: التفكير بطريقة المطلق وعدم رؤية الأشياء النسبية. أبيض وأسود/أما الكل أو لا شيء. فالنجاح إما أن يكون تامًا أو يكون فشلًا ذريعًا. هذا النوع من التفكير يتجاهل التغير يتطلب وقتاً وعلينا تقبل عدم الاكتمال الحالي، لأننا في طريقنا للوصول إلى الأفضل.

التعميم: وهو يقول أن حدوث شيء سلبي، يعني أن كل شيء سلبي، وحدوث الانتكاسة معناه أنه لا يُوجد أي تقدُّم. بالطبع تلك الطريقة في التفكير تسبب الإحباط، وتؤدي إلى مزيد من الانتكاس.

التركيز على السلبي والفشل في رؤية الإيجابي» نصف الكوب الفارغ»: وتلوين كل المواقف بذلك اللون السلبي. تلك الطريقة في التفكير تُعرِّض صاحبها كثيرًا لمشاعر الاكتئاب.

التقليل من الإيجابي أو التصغير من النجاح:» ذلك النجاح جاء صدفة»، أو «أي شخص يمكنه فعل هذا».

القفز للاستنتاجات والتسرع في أخذ الانطباعات والاستنتاجات: وإن كان في هذا ذكاء أو فراسة أو

قدرة ألمعية على التنبؤ.

منطق المشاعر: ما أشعر به هو الحقيقة، وهذه الحقيقة غير قابلة للنقاش. «أشعر بأن زوجي يخونني إذن فهذه هي الحقيقة؛ لأن للنساء - وخاصة أنا - حاسة سادسة».

وضع العناوين واليفط النهائية: بدلًا من الاعتراف بالخطأ والعمل على تفاديه، في حالة الخطأ يصبح الشخص والخطأ شيئًا واحدًا، فلا تقول طريقة التفكير هذه: لقد أخطأت، وإنما تقول: أنا أحمق أو أنا ضعيف أو غبي.

شخصنة الأحداث: أي تفسير كل الأحداث بشكل شخصي. مثلًا: علامات الضيق التي تبدو على وجه زوجتي، أفسرها بأنها غاضبة مني. في حين أنها قد تكون غاضبة من أمر آخر لا علاقة له بي.

الربط بين أحداث ليست بالضرورة مرتبطة ببعضها: فعندما أخطئ ثم يصيبني مكروه، ليس معنى هذا بالضرورة أن الله يعاقبني.

قراءة الأفكار: أو محاولة لاستنتاج ما يدور في أذهان الآخرين، ثم اعتبار تلك الاستنتاجات هي الحقيقة والتعامل معهم على أساسها.

أسئلة تفاعلية: أطلب ما يلي من المجموعة (أو العميل):

اذكر معتقدًا محوريًّا واحدًا إيجابيا أي يساعدك في حياتك، ومعتقدًا محوريًّا واحدًا سلبيًّا.

لو في مجموعة تلقَّ ثلاث أو أربع إجابات ثم واصل الشرح.

واجبات منزلية

بعد هذا الدرس أطلب من الحاضرين كتابة الواجبات التالية وإحضارها معهم في الدرس المقبل.

اكتب كل الأفكار السلبية التي تخطر على بالك. أي الأفكار التي ترتبط بغضب أو قلق أو حزن، وخَصِّص لكل فكرة صفحتين. مثلًا: فكرة «أنا فاشل» اكتب هذه على رأس صفحة، واترك الصفحة خالية والصفحة المقابلة لها خالية. واكتب فكرة أخرى، مثلًا «مفيش تبطيل» وهكذا.

قُمْ بتحليل كل فكرة منطقيًّا. كالآتي:

قسِّم كل صفحة إلى ثلاثة أجزاء.

في الثلث الأول من الصفحة الأولى، اكتب الأدلة مع هذه الفكرة، أي في هذا المثل الأدلة على الفشل.

ثم في الثلث الثاني من الصفحة الأولى، اكتب الأدلة التي ضد الفكرة، مثلًا الأمور التي نجحت فيها.

ثم اكتب في الثُّلث الثالث من الصفحة الأولى، لماذا قد تنشأ هذه الفكرة في داخلك: كأن يكون أحد والديك كان يقول لك هذا كثيرًا.

في الصفحة المقابلة والثّلث الأول، اكتب عن مشاعرك وأفكارك وتصرفاتك لو اختفت هذه الفكرة من بالك تمامًا بقدرة قادر، كما لو كانت عصا سحرية لمستها فاختفت.

في الثُّلث الثاني من الصفحة الثانية، اكتب ما الأفعال الإيجابية التي يمكن أن تقوم بها في مواجهة هذه الفكرة. كأن تقول: أسأل شخص أثق فيه، ماذا أفعل لكي أنجح في مهمة ما؟ أو أتلقى درسًا خصوصيًّا في مادة صعبة دراسيًّا وهكذا.

الثُّلث الأخير خصِّصه لملاحظات أخرى.

الصفحة الأولى: الصفحة الثانية:

الفكرة السلبية:	**العصا السحرية:**
الأدلة مع الفكرة:	
الأدلة ضد الفكرة:	**الأفعال الإيجابية:**
لماذا قد أفكر هكذا (بصرف النظر عن الأدلة):	**ملاحظات أخرى:**

3. هل يمكنك أن تلاحظ أي معتقدات محورية وراء هذه الأفكار؟ اكتب عنها.

4. هل يمكنك أن تلاحظ أي طرق تفكير خاطئة تحكم هذه الأفكار؟ اكتب عنها.

الدرس الثالث

المواقف عالية الخطورة

ملاحظات للمعالج/المدرس: ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الثاني، وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلّق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس الثاني.

ثم قدم تعريفات هذا الدرس، ثم اشرح المواقف عالية الخطورة فيما لا يزيد عن 10 دقائق، تعقبها مجموعة الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك. اسمح بعدها ب 5 دقائق لاستقبال الأسئلة منهم والرد عليها.مدة الفقرة الأولى بالأسئلة والإجابات منهم ومنك 20 دقيقة.

المواقف عالية الخطورة هي المواقف التي قد يتعرض لها أصحاب السلوكيات الإدمانية، والتي تمثل خطورة عليهم بمعنى أنها قد تقودهم إلى انتكاسة، إن لم يتم التعامل معها بالشكل الصحيح. وأهم 3 حزم من المواقف عالية الخطورة: هي الحالات المزاجية المثيرة للإحباط (النكد) التي تؤثر في 35% من المنتكسين؛ لأنهم مروا بحالة مزاجية منخفضة قبل الانتكاس. أما التوترات أو الصراعات الشخصية (اللبش) فترتبط ب 16% من الانتكاسات، كذلك ضغط الأقران أو «أصدقاء السوء» (الركش) الذي يرتبط بـ 20% من الانتكاسات. بما يشكل أغلبية المواقف عالية الخطورة التي تسبق الانتكاس. وتقليديًّا كانت زمالة مدمني الخمر المجهولين تنصح أعضاءها بألا يتركوا أنفسهم للجوع أو الغضب أو الشعور بالوحدة أو التعب والملل. لكن هناك أيضًا مواقف تسبب الانتكاس بنسب أقل، وقد تشكل أحيانا مواقف عالية الخطورة عند بعض الناس كالأجواء الاحتفالية، في الأعياد أو حفلات الزفاف مثلًا، أو عند تحقيق نجاح ما يسبب سعادة تدفع صاحب السلوك الإدماني إلى طلب مزيد من «السعادة» عن طريق التعاطي أو السلوك الإدماني.

١ ـ الحالات المزاجية السلبية أو الحالات المحبطة (النكد)

وهي تمثل أكثر المواقف عالية الخطورة انتشارا 35 % من انتكاسات المخدرات. المشاعر الأكثر خطورة على أصحاب السلوكيات الخطرة، هي مشاعر الاكتئاب والقلق والغضب والشعور بالوحدة والذنب والملل واليأس وغيرها من المشاعر السلبية. من المهم إدراك أن المتعافي قد يمُرُّ بمشاعر سلبية خاصة في المراحل الأولى من التعافي. وعليه أن يتقبل هذه المشاعر ويضع سيناريوهات إيجابية لكيفية التعامل معها. وجود المتعافي وسط بيئة داعمة، وقدرته على البحث عن المساعدة النفسية المناسبة والمساعدة الدوائية ـ إن لزم الأمر- مهم للتعامل مع هذه المشاعر بدون اللجوء للسلوك الإدماني.

٢ ـ التوترات الشخصية أو الصراعات بين الأفراد (اللبش)

تشكل التوترات الشخصية خطورة عالية النسبة. عادة ما تظهر في صورة مشادَّة مع شريك الحياة، أو أحد الأهل أو الأصدقاء أو رئيس العمل، ولكن أيضًا قد يكون الصراع الشخصي مع شخص غريب كجدال في المرور، أو مع شخص يحاول تخطي الدور في صف انتظار مصلحة حكومية مثلًا (الطابور) . وأحيانا يُعرِّض المتعافي نفسه لضغوط في العلاقات الشخصية، قبلما يكتسب مهارات كافية لحل الصراعات بصورة فعَّالة مع الآخرين. ووضع مسؤوليات عائلية مثل الخطبة

أو الارتباط ، أو عملية مثل العودة إلى العمل قبل تخطي المراحل الأولى من التعافي، كلها قد تؤدي إلى توترات في العلاقات أو صراعات (خناقات أو لبش)، وقد تقود للانتكاسة.

٣ ـ ضغط الأقران (الركش)

المقصود بضغط الأقران هو كل ضغط يتسبب فيه التعامل مع شخص من المعارف أو الأصدقاء ويثير الرغبة في التعاطي أو العودة للسلوك الإدماني. بما فيه أن يعرض متعاطي مخدرات من المعارف على المتعافي مشاركته في قطعة حشيش أو نفس من سيجارة. ولكن هذا يتضمن أيضًا الوقوف للحديث مع رفقاء السلوك الإدماني السابقين، أو حتى مجرد رؤية أحدهم يمُرُّ في الشارع. التعرض لإلحاح زملاء السلوكيات الخطرة على العودة مرة أخرى لتلك السلوكيات، أو مشاهدة مواد مخدرة معهم، أو رؤيتهم وهم في حالة نشوة أو في حالة بحث عن المخدر أو حتى في حالة أعراض الانسحاب كلها قد تثير الرغبة في التعاطي وتؤدي للانتكاس. 20 % من الانتكاسات ترتبط بالتعامل مع مستخدمي المواد المغيرة للحالة المزاجية، أو الاتصال بأي صورة بأصحاب السلوكيات الإدمانية. إلزام المتعافين بحضور مناسبات عائلية يمكن أن تتوافر بها مخدرات أو خمور كثيرًا ما يؤدي للانتكاس.

وعندما نصف هؤلاء الأقران بأنهم سلبيون أو «ركش» لا نقصد الإقلال منهم، حتى لو كانوا مدمنين أو يقومون بأفعال غير قانونية، لكننا فقط نصف تأثيرهم على المدمن في هذه المرحلة فقط من حياته التي يحاول فيها تجنب الانتكاسة.

على كل متعافٍ أن يعرف ويميز المواقف عالية الخطورة بالنسبة له، والتي يمكن أن تُؤثر على مسيرة تعافيه، وترده إلى السلوكيات الخطرة مرة أخرى.

الضغوط النفسية:

هي الظروف الخارجية أو الأحداث التي تُشْعِر الإنسان بمشاعر سلبية كالحزن أو الخوف أو الغضب. ويمكن تقسيمها إلى الضغوط الكبرى والضغوط الصغرى. وفي كل الأحوال، سواء كانت ضغوطًا كبرى أو صغرى، فهي مصدر للمشاعر السلبية التي قد تؤدي إلى الانتكاسة، إن لم يتم التعامل معها بكفاءة.

1ـ الضغوط الكبرى: وأكبرها وفاة عزيز أو أحد أفراد الأسرة، وخاصة وفاة أحد الأبناء أو شريك الحياة. والمرض الجسدي الشديد. ثم الانفصال أو الطلاق والفصل من العمل أو خسارة مصدر الرزق. وأمام تلك المواقف كلها يجب أن يجد المريض دعمًا ومساندة حتى يجتازها. يجب أن تكون لديه أيضًا بعض المعرفة المسبقة عن كيفية مواجهة مثل تلك الأحداث إن وقعت.

2ـ الضغوط الصغرى: وتتضمن الخطوبة والزواج واستلام عمل جديد، أو غياب أحد الزملاء عن العمل وازدياد ثقل العمل على الشخص، أو تعرضه لخَصْم أو لوم أو فوات ترقية كان يتوقعها وهكذا. ولا يلاحظ كثيرون أن الضغوط تتضمن أيضًا الإجازات، والأعياد والمناسبات والاحتفالات. معظم الناس يشعرون بضغط الأعياد عليهم، حيث يسود إحساس بالمقارنة بين أفراد الأسرة فيمَنْ أنجز في عمله أو أسرته ومن تأخر وهكذا. كما يسود توقع أن الناس يلزم أن تكون «فرحة» في هذه المناسبات، وقد لا يشعر الفرد بالضرورة بهذا الفرح بما يشعره بضغط أكبر.

أسئلة تفاعلية: أطلب ما يلي من المجموعة (أو العميل):

اذكر موقفًا عالي الخطورة (مشاعر سلبية أو مقابلة شخص أثره سلبي عليك أو توتر العلاقات أو غيره) تسبب عدم قدرتك على التعامل الفعَّال معه في انتكاسة سابقة لك. ماذا حدث؟ كيف شعرت ؟ كيف فكرت وكيف تصرفت؟

إذا تكرر هذا الموقف اليوم ما الذي يمكنك أن تفعله بطريقة مختلفة؟

اذكر ضغطًا من الضغوط النفسية الكبرى أو الصغرى تعرضت أنت له، أو تعرض له أحد معارفك وتسبب في انتكاسة. وكيف يمكنك التصرف اليوم بصورة تبعدك عن الانتكاس إذا تكرر هذا الموقف؟

كيفية التعامل مع المواقف عالية الخطورة:

سنتناول بالتفصيل في دروس/جلسات مستقلة لاحقة كيفية التعامل مع القلق والغضب والاكتئاب، كما سنتناول في توكيد الحقوق كيفية تجنب الأشخاص أصحاب التأثير السلبي عليك. لكن نذكر هنا بعض التجاوبات الإيجابية التي يمكنك القيام بها أيًّا كان الموقف عالي الخطورة الذي تتعرض له، وهذه التجاوبات تتضمن:

المشاركة مع أشخاص إيجابيين أو مصادر دعم.

الدعاء كي يمنحك الله الحكمة في التصرف.

معايشة برنامج التعافي بأمانة وجدِّية.

ممارسة أنشطة تشجع على الاتزان في حياتك خلال الأسبوع مثل: الرياضة والترفيه والدعاء والموسيقى أو الرسم.

قراءة كتب تأملات أو كتب روحانية أو دينية أو نفسية مفيدة وشيقة.

حضور دورات تدريبية لتنمية مهارات الحياة.

حضور مجموعات الدعم.

تمييز المشاعر والتعبير عنها والتعامل معها:

كثيرًا ما تأتي الانتكاسة بسبب إنكار بعض أنواع المشاعر أو تجاهلها، أو حتى عدم القدرة على التعرف عليها والتعامل معها. المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية قد تقود للانتكاس. المشاعر تتضمن قائمة طويلة تشمل:

القلق، الأمل، التشويش، الخوف، السعادة، الرعب، حزن الفقدان، التوقع، الابتهاج، الحماس، النفور، الحرج، الندم، عدم الرضا، الشعور بالانجذاب للجنس الآخر، الثقة، الانزعاج، الحسد، الغيرة، المودة، التسلية، المسؤولية، الفرح، الغضب، الاستياء، الاحباط، الصبر، القدرة، خيبة الأمل، الذنب، الوحدة، الخزي، الاشتياق، الغرام، عدم الكفاية، الاستحقاق، النرفزة، الارهاق، التبلد، الفضول، الاندفاع، الطموح، الهم، الإحراج، سعة أو قلة الحيلة، الملل، الاكتئاب، التخوف،

التحدي، الأمان، المراوغة، الشك، الطمع، الحزن، الرَّهبة.

العلاج المعرفي السلوكي عمومًا أسلوب للمشورة يستهدف التعامل مع طرق التفكير، والسلوك الذي يرتبط بمشاعر سلبية تسبب ضيق من أي نوع للفرد أو تعطل في أدائه. وبرنامج منع الانتكاسة هو نوع من أنواع العلاج المعرفي السلوكي في تطبيقه على السلوكيات الإدمانية. ويمكن تطبيقه في سياق مراكز الإقامة الكاملة والمستشفيات، كما يمكن تطبيقه في العيادات الخارجية، أو في جلسات المشورة في أي مكان. ويطبق مع المجموعات والأفراد. وهو أشبه بدروس خصوصية في كيفية تجنب الانتكاسة. وسنقدم هنا عدة جلسات أو دروس أو حصص تغطي المداخل والمفاهيم الأساسية في برنامج منع الانتكاسة المعرفي السلوكي، بعد أن نستعرض جذور وتاريخ هذا المدخل المشوري. كما لو كانت سلسلة محاضرات تضم: المقدمة والمفاهيم والأدوات الأساسية، ثم نتحدث في الدرسين الأول والثاني عن الأفكار التلقائية وأخطاء التفكير، والدرس الثالث عن المواقف عالية الخطورة والتعامل معها. والرابع عن الفخاخ النفسية، ومن الخامس إلى السابع عن القلق والاكتئاب والغضب في علاقتهم بالانتكاسة. والدرس الثامن عن توكيد الحقوق، والتاسع اتخاذ القرار الناضج والدرس العاشر والأخير عن اتزان الحياة.

وسنعرض هذه الدروس بالأمثلة والأسئلة التفاعلية، ونضيف بعض الواجبات التي يقوم بها العملاء بين الدروس/الجلسات.

غني عن البيان أن العرض التفصيلي خطوة خطوة الذي نقترحه هنا على المدرس/المعالج ليس هو الطريقة الوحيدة ولا ندعي أنها المثلى لتقديم دروس منع الانتكاسة، ولكننا وجدناه مفيدًا ونأمل أن تحفز المدرس/المشير أن يقدم هذه الجلسات بنفس الالمنهج المنظم التفاعلي الذي يتجنب الإطالة في في إلقاء الحاضرات أو الدروس.

إحدى طرق التعرف على المشاعر والتعامل معها هي محاولة مشاركتها مع الآخرين وطريقة أخرى هي رصدها بالكتابة عنها.

أسئلة تفاعلية

اذكر أكثر ثلاثة مشاعرعندما تشعر بها تشعر بالأمان، ولا يخطر في بالك التعاطي، أو ممارسة السلوك الإدماني الذي تود تجنب الانتكاس إليه.

اذكر أكثر ثلاثة مشاعرعندما تشعر بها تشكل خطورة عليك، وتتسبب في وضعك في موقف عالي الخطورة.

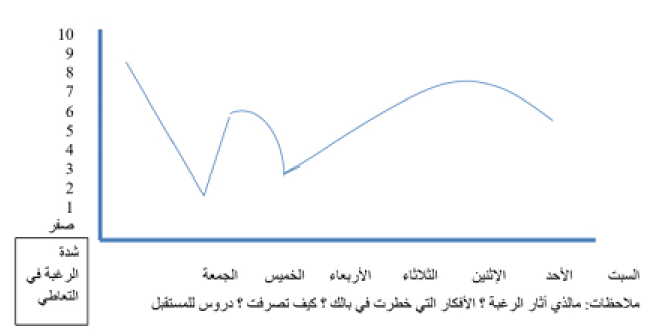
ما الذي ساعدك في الماضي في التعرف على مشاعرك والتعامل معها؟

منحنى ومذكرات الرغبة في التعاطي

يمكنك متابعة شدة الرغبة في التعاطي، ومرات تواترها أو إحساسك بها، من خلال رسم بياني تقوم به كل أسبوع وتتابع فيه درجة شدة الرغبة، في كل يوم تمُرُّ به. بعض الأيام ستكون فيها الرغبة في التعاطي ضعيفة بقوة 2/10 مثلًا، كما أنها قد تدوم في هذه الأيام دقائق قليلة أو تخطر ببالك ثم تختفي مباشرة. وقد لا تحدث إلا مرة واحدة في اليوم. وفي أيام أخرى قد تصل قوة الرغبة في

التعاطي إلى درجة عالية جدًا 9/10 مثلًا، وتصارع معها لفترة طويلة في اليوم. غالبًا ما يكون هناك سبب لزيادة هذه الرغبة، مع أنه أحيانا قد لا يكون واضحًا أو صريحًا وقد لا تلاحظه. كما قد تختلف طريقة تعاملك مع هذه الرغبة من يوم لآخر. ومن المهم أن تلاحظ قوة الرغبة في التعاطي، وترصد أسباب زيادتها سواء في المشاعر أو الضغوط أو في مقابلة ناس معينة أو في صراعات مع الآخرين قد تمُرُّ بها. كما من المهم أن ترصد ما الطرق التي استخدمتها للتغلب على الرغبة والطرق التي استخدمتها للتعامل مع أسباب زيادة هذه الرغبة.

نبين هنا مثال لرسم بياني للرغبة في التعاطي وتحته ملاحظات:



جدول مذكرات الرغبة في التعاطي

التوقيت: اليوم	درجة شدة الرغبة	مالذي أثارها؟	الأفكار التي خطرت في بالك	كيف تصرفت؟	دروس للمستقبل	ملاحظات أخرى
من الساعة... إلى الساعة..						

ربما تفضل رصد الرغبة في التعاطي والتعامل معها من خلال كتابة جدول كالمذكور أعلاه.

واجبات منزلية

بعد هذا الدرس أطلب من الحاضرين كتابة الواجبات التالية وإحضارها معهم في الدرس المقبل.

قم بعمل رسم بياني للرغبة في التعاطي كالمرسوم في المثال، ثم اكتب ملاحظاتك تحته.

أو قم بعمل جدول مُذكِّرات الرغبة في التعاطي كالمذكور آنفًا.

طبق السبع خطوات للتغلب على الرغبة في التعاطي المذكورة سابقًا، وارصد فعاليتها.

حدد أسباب الرغبة في المشاعر أو الصراعات مع الأشخاص أوضغط الأقران أو غيرها. واكتب

اقتراحات على نفسك في خطوات كيف يمكنك أن تتعامل مع جذور هذه الأسباب.

ما السيناريوهات التي تقودك عادة إلى التعاطي وتلك التي لا تقودك إليه؟

الدرس الرابع

الفخاخ النفسية

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الثالث، وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلِّق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس الثالث.

ثم قدِّم تعريفات هذا الدرس، واشرح الإشارات المبكرة والفخاخ النفسية، واشرح بتفصيل الفخاخ النفسية البسيطة (العبيطة) والمعقدة (الحويطة) فيما لا يزيد عن20 دقيقة، تتخللها مجموعة الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك. اسمح بعدها 5 دقائق باستقبال أسئلة وترد عليها في مدة 3 دقائق، ثم أسئلة أخرى منهم والإجابات عليها في 4 دقائق. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 30 دقيقة.

الفخاخ النفسية هي طرق تفكير واعية أو غير واعية أو شبه واعية تقود إلى مواقف عالية الخطورة، وقد تقود إلى انتكاس المدمن. وتصاحبها سلوكيات تبدو كما لوكانت تلقائية أو بقوة «العادة». الفخاخ النفسية في الإدمان نوعان:

الفخاخ البسيطة (العبيطة) التي تبدو مباشرة وسهلة الاكتشاف، ومع ذلك كثير من أصحاب السلوكيات الإدمانية يقعون فيها وتسبب الانتكاس. كفخ مكافأة النفس بتعاطي سيجارة حشيش على فترة شهر انقطاع مثلًا.

والفخاخ المعقدة (الحويطة) وهي أكثر صعوبة في اكتشافها، وتحتاج لمزيد من اليقظة لتجنبها، كفخ القرارات التي تبدو غير ذات صلة (قرارات شكلها مش مهم).

أولًا: الفخاخ البسيطة أو «العبيطة» (الفخاخ المباشرة)

وهي أفكار وطرق تفكير تقود بشكل مباشر إلى التعاطي أو إلى ترك ما يساعد على التعافي، ومن ثَمَّ تؤدي إلى الانتكاس.

١ ـ فخ الحمد لله لقد شفيت (بقيت كويس)

قد يشعر المدمن بعد فترة من الانقطاع عن التعاطي، الذي قد يكون مصحوبًا بضعف أو اختفاء الرغبة في التعاطي، أنه لا يحتاج إلى المتابعة أو الاستمرار في حضور الاجتماعات أو المجموعات، أو ربما ترك المكان العلاجي مبكرًا إن كان في مكان علاجي. الفخ يقول: لست محتاجًا بعدُ لمتابعة أو لحضور اجتماع المجموعة، أو أي اجتماعات أخرى، أو ربما يقول ولا أحتاج حتى لمقاطعة أصدقائي القدامى؛ لأني تحسنت جدًا ولن انتكس. وينبغي أن أعود لحياتي الطبيعية. فيبدأ في التدهور التدريجي أو السريع وينتكس. رغم بساطة هذا الفخ يقع فيه كثيرون جدًا.

٢ ـ سآخذ مخدرات مرة واحدة فقط، ومن بعدها سأقلع تمامًا

الفخ يعتمد على تطبيق منطق حسابي لا يمكن تطبيقه على السلوك الإدماني. ويتجاهل ذاكرة لذة التعاطي وطبيعة إثارة الرغبة في التعاطي لدى المدمن. فيقول: صار لي ثلاثة أشهر مقلعًا تمامًا، وهذا بعد عشر سنوات من التعاطي المستمر. إذن سآخذ المخدرات لمرة واحدة فقط، ومن بعدها سأقلع لثلاث سنين أو لثلاثين سنة حتى. عشر سنين أدت إلى ثلاثة شهور، ويوم واحد سيؤدي إلى 30 سنة.

رغم سذاجة هذا الفخ الظاهرة (أو عبطه الشديد!) إلا أن كثيرين أيضًا يجدونه منطقيًّا فينتكسون، بل والبعض تتكرر انتكاساتهم بنفس هذا «الفخ الساذج».

٣ ـ أكافئ نفسي

يقول الفخ مثلًا: لي ستة أشهر مقلع فيها عن أي شيء. لقد تحسنت تمامًا. سأتعاطي مرة واحدة مكافأة لي. سأحتفل بفترة الإقلاع السابقة، وسأعود لأقلع من جديد بعدها مباشرة.

٤ ـ فخ خبير التبطيل

يقول الفخ: أنا فهمت اللعبة، عرفت كيف يمكن للإنسان الإقلاع عن التدخين والمخدرات، سأكون قادرًا على أن أقلع بنفسي عندما أحتاج للإقلاع، أنا عرفت الطريق، لذلك سأقلع وحدي.

٥ ـ العِشرة لا تهن إلا على ابن الحرام.

يقول الفخ شيئًا مثل: فلان هو أعز أصدقائي لا أستطيع مقاطعته، ثم هو قد وقف بجانبي وساندني وأنقذني من مواقف كثيرة ومقاطعتي له اليوم لأنه لازال يستخدم المخدرات هي ندالة.

يتجاهل الفخ في صورته هذه أن استمرار العلاقة في هذه المرحلة مؤذٍ للطرفين.

أو يقول: أصدقائي هؤلاء يعانون، ومن واجبي مساعدتهم كي يبطلوا. يجب أن أقول لهم بأنه يوجد تبطيل.

وفي هذه الصورة يتجاهل الفخ أن محاولة المساعدة السابقة لأوانها، تؤدي لانتكاس مَنْ يحاول المساعدة ولا تفيد مَنْ يحتاج المساعدة. أكبر واجب تقوم به تجاه أصدقائك القدامى، وأعظم مساعدة تقدمها لهم، هي أن تستمر في التبطيل، ومن ثَمَّ تمنحهم الأمل في أنهم يمكنهم أيضًا أن يتعافوا.

٦ ــ فخ العصفورة

هذا فخ آخر في العلاقات. مثلًا قد يكون المدمن له شقيق يتعاطي أيضًا ولكن أهله لا يعرفون. فيقول لنفسه سأبتعد عنه في البيت قدر الإمكان، لكن ليس من مسؤوليتي أن أفضحه بأن أوضح أني لا يمكنني العيش معه تحت نفس السقف. أو قد يقول مقيم في مكان علاجي: أنا لست موافقًا على فضح أي خطأ يحدث في المكان. أنا رجل. على أن أستر أصحابي ولا «أفتن عليهم»، فكل واحد مسؤول عن نفسه. أنا لستُ عصفورة. يتجاهل هذا الفخ أن ما يقوم به الآخرون ويؤثر عليك تأثيرًا مؤذيًا بشدة، أو حتى قد يكون قاتلًا لا يمكنك وليس من حقك أن تسكت عنه.

٧ـ فخ أختبر كرهتها أم لا

يقول هذا الفخ سآخذ مخدرات (أو أي سلوك إدماني آخر) هذه المرة لأنني أشعر أني كرهتها، وسأتأكد بهذه الطريقة من أني كرهتها وبالتالي أطمئن لمتانة وقوة قرار التبطيل داخلي.

أسئلة تفاعلية

1. اذكر مرة تسبب فيها فخ من الفخاخ البسيطة في انتكاسك. كيف كنت تشعر وتفكر قبل الانتكاسة، وكيف تشعر بهذا الفخ اليوم وتفكر فيه؟

2. ماذا يمكنك أن تفعل لتجنب السقوط في هذا الفخ أو غيره من الفخاخ البسيطة؟

3. هل تعتقد أنك يمكن أن تسقط في أحد هذه الفخاخ البسيطة اليوم؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

ثانيًا:الفخاخ المركّبة أو المعقدة (الحويطة)

قرارات تبدو غير ذات صلة (شكلها غير مهم)

وهذا من أكثر الفخاخ شيوعًا. ويتضمن مجموعة من القرارات والخطوات التي تبدو كما لو كانت لاعلاقة لها بالتعافي أو الانتكاس فيما يلي بعض أمثلة حقيقية من الحياة مع تغيير الأسماء للحفاظ على المجهولية والسرية:

فخ خالتي سنية: انتكاسة أحمد

قرر أحمد زيارة خالته الطيبة التي يحبها سنية، وقد كان منقطعًا عن زيارتها أيام التعاطي. ولم يرها إطلاقًا منذ وقت طويل، فقد كان يتلقى العلاج في أحد مراكز تأهيل المدمنين. وقد خرج الآن بعد ستة أشهر من العلاج. قاطعاً كل علاقة له بالمدمنين الذين كانوا يتعاطون معه.

أحمد ليس لديه كثير من المال لكنه قال لنفسه: خالتي سنية تحب البقسماط. سأشترى لها بقسماطًا ساخنًا من الفرن المجاور لها.

قال الفران لأحمد: البقسماط الساخن سيخرج من الفرن بعد عشر دقائق. تأخذ من البايت البارد أم تنتظر الساخن الطازج؟ قرر أحمد انتظار البقسماط الساخن.

تامر ووائل صديقا أحمد يسكنان في الدور الثاني في العمارة فوق الفرن. وائل يتعاطي المخدرات. لكن تامر لا يتعاطي المخدرات ولا يدخن حتى السجائر. تامر شاهد أحمد من البلكونة (الشرفة) وقال له: ماذا تفعل هنا؟ أحمد قال: أنتظر البقسماط الساخن لأبتاعه لخالتي سنية. تامر قال: إذن اصعد لشرب كوب من الشاي معي بدلًا من الانتظار في الشارع. سأل أحمد عن وائل فقال له تامر أنه خرج من الصباح، ولا يعرف متى سيعود. فوافق أحمد على دعوة تامر، وصعد ليحتسي معه قَدَحًا من الشاي.

أثناء تناول الشاي وتجاذب أطراف الحديث، فتح وائل باب الشقة ودخل لتحية أحمد وتناول الشاي معه. شعر أحمد بالحرج وقرر أن يكمل كوب الشاي وينزل.

همس وائل في أذن أحمد أنه كان يشترى هيروين وقال: معي الآن حاجة سم. شعر تامر برغبة عارمة في التعاطي.

بعد مقاومة داخلية قصيرة انفرد أحمد بوائل وشد معه سطر من الهيروين. انتهت الجلسة بعودة أحمد للتعاطي مرة أخرى.

أسئلة تفاعلية

1. في كل نقطة من النقاط السبعة المذكورة آنفًا، اتخذ أحمد قرارًا. أي أنه اتخذ 7 قرارات كان آخرها القرار بالتعاطي. في رأيك أي قرار منها له صلة بالتعاطي؟ اشرح مبررًا وجهة نظرك.

2.ماذا كان على أحمد أن يفعل لتجنب الانتكاسة؟ متى كان عليه أن يدرك الخطر ويتصرف؟

3. ما درجة سهولة تجنب الانتكاسة في كل خطوة من الخطوات السبع المذكورة في قصة خالتي سنية؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

4. هل مررت بموقف شبيه بقصة خالتي سنية؟ ماذا حدث؟ كيف يمكن أن يتغير تصرفك اليوم لو مررت بموقف شبيه؟

فخ محل كريم: انتكاسة يوسف

قرر يوسف زيارة صديقه كريم؛ ليعاونه في تجهيز محل الملابس الجديد الذي اشتراه. كريم لم يستخدم أبدًا أي مخدرات في حياته، وهو صديق إيجابي وداعم ليوسف.

كان يوسف مدمنًا متعافيًا منذ خمسة أشهر، ولا يقابل أي مدمنين نشطين. رحَّب كريم بيوسف وفرح بخبر إقلاعه عن المخدرات، ثم طلب منه أن يبقى في المحل مع العمال؛ كي يتمكن من القيام بمشوار مهم مع المحاسب ويعود. وافق يوسف بسرور.

أتى خالد للمحل وهو صديق لكريم، لكن يوسف لا يعرفه وسأل عن كريم. يوسف قال له كريم سيأتي بعد قليل.

شريف النجار الذي كان يعمل في المحل أخرج من جيبه سيجارة ملفوفة حشيش وبدأ يشربها.

ودعا يوسف وخالدًا ليأخذا «بعض أنفاس» معه. يوسف اعتذر لكن خالد وافق وأخرج برشامة ترامادول تحية للنجار واقتسمها معه.

ظل يوسف في المحل وفي داخله صراع قوي بين أن يترك المحل ويمشي ولا يبقى في ذلك الجو المثير للرغبة في التعاطي، لكنه خشى أن يغضب صديقه كريم منه. ثم هو لا يعرف خالدًا هذا، ولا يعرف إن كان بإمكانه أن يترك المحل له حتى عودة كريم، وهو لا يريد أن يخذل صديقه.. قرر يوسف البقاء في المحل وانتظار كريم.

أتى كريم أخيرًا وسلَّم على يوسف، الذي كانت الرغبة في المخدرات تزداد داخله. فاستأذن أن ينصرف. عرض خالد أن يقوم بتوصيل يوسف بسيارته بدلًا من ركوب المواصلات.

وافق يوسف وفي الطريق أخرج خالد سيجارة حشيش من جيبه، وعرض على يوسف فأخذها وشربها معه.

أسئلة تفاعلية

1. في كل نقطة من النقاط السبعة سابقًا، اتخذ أحمد قرارًا. أي أنه اتخذ 7 قرارات كان آخرها القرار بالتعاطي. في رأيك أي قرار منهم له صلة بالتعاطي؟ اشرح مبررا وجهة نظرك.

2. ماذا كان على يوسف أن يفعل لتجنب الانتكاسة؟ متى كان عليه أن يدرك الخطر ويتصرف؟

3. ما درجة سهولة تجنب الانتكاسة في كل خطوة من الخطوات السبع المذكورة في قصة محل كريم؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

4. هل مررت بموقف شبيه بقصة محل كريم؟ ماذا حدث؟ كيف يمكن أن يتغير تصرفك اليوم لو مررت بموقف شبيه؟

2. تأثير مخالفة القاعدة:

في أثناء عملية التعافي يضع المدمنون لأنفسهم مجموعة قواعد؛ ليحفظوا أنفسهم بعيدين عن المواقف عالية الخطورة. كما أنهم أحيانا يسعون إلى التقدم والنمو النفسي والروحي بحماس شديد. فيضعون لأنفسهم قواعد ويسعون لتحقيق أهداف شخصية جيدة. وهذا في حد ذاته ليس خطأ على الإطلاق، بل كثيرًا ما يكون مفيدًا. لكن عليهم أيضًا أن يتذكروا أنه حتى لو خالفوا أحد القواعد، أو أخفقوا في تحقيق أحد الأهداف، هذا لا يعني أن «كل شيء قد ضاع»، بل كثيرًا ما تكون هذه فرصة لاستخدام أدوات التعافي للاستمرار في تحقيق التقدم المرجو.

تبطيل السجائر

بعد 5 شهور من الانقطاع عن تعاطي كل المخدرات والخمور، قرر سامي أن يعزز تبطيله بأن يقلع أيضًا عن النيكوتين (في السجاير والشيشة).

ارتفعت معنويات سامي جدًا بعد مرور أسبوعين من انقطاعه عن تدخين كل أنواع النيكوتين.

قال سامي لنفسه ولأصدقائه: طالما أنا بعيد عن تدخين النيكوتين فقطعًا لن أعود للحشيش، ولا لأي مخدرات أخرى.

لكن بينما كان مسافرًا بالميكروباص (حافلة الصغيرة) لمشوار مهم في الإسكندرية، وجد أن السائق وعددًا من ركاب الميكروباص (الحافلة الصغيرة) الذي كان يستقله، يدخنون السجاير بمزاج رائق وفي هدوء.

عرض عليه أحدهم سيجارة فقام بتدخينها.

وبعدها قال لنفسه بما أنني لم ألتزم بالقرار الذي كنت قد أخذته بالإقلاع عن السجائر، سيحدث ذات الأمر معي حينما يتعلق بالمخدرات. فكما أني قد سبق وأقلعت عن السجائر ثم عدت إليها من جديد. بالتأكيد سأفعل ذلك مع المخدرات. سأعود إليها بعد أن أقلعت عنها، أمر لا شك فيه.

بعد مرور أسبوع من تدخين السجائر الخالية من المخدرات، عاد سامي للحشيش وبعدها بأسبوعين لمخدره الأساسي.

مقاطعة خان الخليلي

كان مجدي يعمل في منطقة البازارات بخان الخليلي، الجمَّاليّة بالقاهرة. وكان ذا شعبية عريضة وله معارف كثيرون من المتعاطين وتجار المخدرات هناك في هذا الحي المزدحم.

لما أقلع عن التعاطي قرر ألا يضع قدمه أبدًا في خان الخليلي.

وصل أيمن خال مجدي المهاجر إلى القاهرة مع زوجته وولديه في زيارة عائلية. الخال أيمن لا يعرف أن مجدي كان يتعاطي مخدرات أصلًا.

قام الخال أيمن بدعوة مجدي أن يصطحبه مع أسرته في زيارتهم للقلعة. بعد زيارة القلعة وفي طريق العودة للمنزل، أوقف الخال السيارة في خان الخليلي، وطلب من مجدي أن يصطحبه لشراء هدية صغيرة قبل أن تغلق المحلات.

اضطرب مجدي رغم أنه لم يقابل أي متعاطٍ في هذه الزيارة الخاطفة لخان الخليلي. وشعر أنه أفسد القواعد التي وضعها لنفسه.

عاد مجدي مساءً لخان الخليلي وقابل أصدقاءه من المتعاطين وانتكس.

أسئلة تفاعلية

1. وضع أهداف عالية أثناء التعافي كالإقلاع عن التدخين، هل هو مفيد أم لا؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

2.اذكر موقفًا تعرضت فيه للانتكاسة بسبب تأثير مخالفة القاعدة؟ كيف تتصرف اليوم بصورة تبعدك عن التعاطي إذا تعرضت لنفس الموقف؟

3. درجة سهولة تجنب الانتكاسة في كل خطوة من الخطوات المذكورة في قصة مجدي؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

التعامل مع الفخاخ النفسية

أولًا: ملاحظات الإشارات المبكرة

من المفيد هنا بالذات أن نشرح مفهوم الإشارات المبكرة.من قواعد المرور الحديثة وضع لافتات كبيرة تُجهزك للخروج من الطريق السريع قبل المخرج بكيلومتر ثم قبله ب 300 متر ثم قبله ب30 متر. وذلك لكيلا يفوتك المخرج وتُضيّع وقتًا طويلًا في الالتفاف والعودة. هذه اللافتات تـُسمَّى الإشارات المبكرة. المخ البشري مبرمج على اتباع عادات معينة، وتغيير هذه العادات وبناء عادات جديدة يحتاج انتباه ومجهود. مخ المدمن يصير مبرمجًا على عادات تفكير وسلوك تؤدي تلقائيًّا للتعاطي.

منذ فترة طويلة كنت أقطن في مصر الجديدة. وكنت أتوجه لمكتبي في ميدان التحرير يوميًا متخذًا مطلع كوبري 6 أكتوبر، الذي كان وقتها يبدأ في غمرة. ثم أخذت عيادة في الأزبكية، ولكي أذهب إلى هناك كان عليَّ أن أتجنب مطلع غمرة، واستمر في شارع رمسيس لأميل مع بداية شارع الجمهورية. أول ثلاثة أو أربعة أسابيع كنت لا أنتبه أصلًا لهذا حتى أجد نفسي قرب التحرير، وأضطر إلى الوصول إلى الأزبكية مخترقًا المرور المزدحم في وسط المدينة؛ لأصل متأخرًا عن

موعد العيادة نحو نصف ساعة أو 45 دقيقة. فقررت أن أذكِّر نفسي بعدم الطلوع على مطلع غمرة. ومع ذلك ظللت لأسبوعين آخرين أنتبه لنفسي بعد أن أكون قد طلعت المطلع مباشرة لأنزل في منزل مستشفي غمرة العسكري، وأعود لشارع رمسيس من النفق أمام المستشفي. فأصل متأخرًا نحو ربع ساعة. حتى درَّبت نفسي على أن أقول لنفسي مرارًا وتكرارًا من بداية شارع لطفي السيد أي قبل المطلع بنحو 2 كيلومتر: لا تأخذ مطلع غمرة، تحرك على يسار الطريق، وهكذا نجحت في أن يعتاد مخي على الطريق الجديد.

كل الفخاخ البسيطة (الحويطة) تتطلب تنبيه النفس، أن هذا فخ واعتبار الفكرة نفسها من بدايتها إشارة مبكرة لتجنب تصديق هذه الفكرة/الفخ.

في القرارات التي تبدو غير ذات صلة ينبغي ملاحظة إشارات الخطر مبكرًا قدر الإمكان. الدعاء والتأمل والمشاركة في بداية اليوم ترفع فرص أن تتذكر، مثلًا في فخ خالتي سنية، إن وائل يسكن فوق الفرن وكان عليك أما أن تتجنب الفرن كلية أو تكتفي بالبقسماط البارد، ثم أن تلاحظ أنك في كل الأحوال يجب تتفادى الوجود مع تامر لاحتساء الشاي. وحتى إن تأخرت في إدراك الفخ فور دخول وائل، عليك أن تغادر الشقة وتذهب لمكان آمن، كأن ترجع إلى مركز التأهيل أو الهافواي، أو تذهب إلى غرفة اجتماعات أو بيت عبادة، أو لمقابلة أصدقاء من مصادر الدعم أوالأصدقاء الإيجابيين.

ملاحظة الإشارات المبكرة يجب إلا تدفعنا إلى الفزع أو الإحساس بالفشل. في مثل مجدي وخان الخليلي حتى وجودك في مكان كنت قررت ألا تذهب إليه لا يعني نهاية كل شيء. يمكنك أن تتفادى التعاطي في أي لحظة من مشوار هذه الفخاخ.

ركز على هدفك الأساسي الامتناع عن السلوك الإدماني الأساسي والتغيير في طباعك مثلًا. الأهداف الإضافية كالإقلاع عن التدخين ينطبق عليها مبدأ «مالا يدرك كله لا يترك كله». إذا وضعت أهدافا نافلة (إضافية)، فانتبه مبكرًا أن الإخفاق فيها لا ينبغي أن يقودك للتخلي عن هدفك الأساسي.

المشاركة والاحتفاظ بشبكة داعمة من العلاقات تساعد على ملاحظة الإشارات المبكرة.

ثانيًا: تطبيق أدوات التعامل العامة والشاملة على الفخاخ

الدعاء والصلاة، حتى ولو دعاء لمدة دقيقتين في الصباح، يمنحك حماية وانتباه للفخاخ ومزيدًا من تنبيهك للإشارات المبكرة، ويصل بالنية لمصادر قوة داخلية على اتخاذ القرار السليم في أي خطوة من خطوات الفخ. قوة قد لا تدرك مداها إلا بالممارسة.

المشاركة اليومية مع مصدر دعم له خبرة في مساعدة المدمنين مثلًا: مشرف البرنامج أو مشرف المكان أوالمعالج أوالطبيب إن كان متاحًا، أو قائد ديني متفهم ومتدرب على معاونة المدمنين، أو أحد أعضاء زمالتك (فيلو) من الفائزين (ونرز). عليك أن تصدق مصادر الدعم هذه أكثر مما تصدق تفكيرك الشخصي فيما يتعلق بالقرارات التي تبدو غير ذات صلة وفي أي طريقة تفكير، أو سلوك قد تكون فخًا من الفخاخ المذكورة عالية أو غيرها. الآخرون أقدر على رؤية الفخاخ التي قد نقع نحن فيها بغير انتباه.

المشاركة في مجموعة أو اجتماع تسمح لك حتى وأنت تشارك برؤية الفخاخ وتمييزها. ويمكنك طلب المساعدة أو الفدبكة (التجاوب مع ما تقول أو تفعل) من زملاء المجموعة. كما أن مشاركة الآخرين قد تجعلك تلاحظ طرق التفكير المشابهة لطرق تفكيرك، فتلاحظ الفخاخ التي يتجنبونها أو يقعون فيها، ومن ثَمَّ تصير أكثر وعيًا للفخاخ النفسية التي قد تتعرض أنت لها.

الاستبصار والتعلم من خلال الجلسات الفردية والمحاضرات والقراءات .

متابعة كتابة وتسجيل منحنى الرغبة في التعاطي أو مذكرات الرغبة في التعاطي، يعين على ملاحظة الفخاخ وارتباطها بزيادة الرغبة.

أسئلة للتفاعل

اذكر مرة لاحظت فيها إشارة مبكرة أنك متوجه في طريق أخره التعاطي، واشرح لنا كيف تصرفت وقتها وما الذي ساعدك على تجنب الوقوع في الفخ؟

أعطِ لنفسك درجة من 10 من جهة التزامك بأدوات التعامل الخمس المذكورة سابقًا.

واجب منزلي

اكتب كل أمثلة الفخاخ العبيطة والحويطة التي وقعت فيها سابقًا أو شهدت أحد معارفك يقع فيها.

اكتب سيناريو جديد للتصرف في كل موقف منها. شارك هذه السيناريوهات مع واحد من مصادر الدعم المتاحة لك.

استمر في كتابة منحنى الرغبة في التعاطي أو مذكرات الرغبة في التعاطي، واستكشف إن كان هناك صلة بين زيادة الرغبة وأحد الفخاخ التي درسناها هنا.

الدرس الخامس

القلق والإدمان

ملاحظات للمعالج/المدرس: ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الرابع وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعض مما تعلموه من الدرس الرابع.

ابدأ الدرس هذه المرة بالأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى معظم هذه الإجابات سليمة أو تعبر عن جانب من الموضوع. قدم تعريف القلق وصلته بالإدمان، ثم اشرح عناصر القلق وتداخلها مع بعضها البعض. فيما لا يزيد عن20 دقيقة تبدأ بالأسئلة التفاعلية. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 30 دقيقة.

أسئلة تفاعلية

ما القلق؟ عندما نذكر كلمة القلق ماذا يخطر في بالك؟ مامعنى هذه الكلمة في رأيك؟

هل هناك صلة بين القلق والإدمان؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك، أي وضح ما الصلة أو اشرح لماذا لا توجد صلة؟.

لماذا قد يشعر المدمن بالقلق؟ ما أسباب القلق لدى المدمن النَّشِط؟

ماهي أسباب القلق لدى المدمن المنقطع عن التعاطي؟

اقتراح للمدرس/المعالج أكتب على الورق القلاب (الفليب شارت) أو السبورة كل إجاباتهم.

تعريف القلق: هو شعور مزعج مرتبط بتوقع حدوث خطر أو خسارة أو ضرر للنفس أو للأعزاء. وهذه الخسارة أو الأذى قد تكون جسدية أو معنوية أو نفسية أو مالية أو في غيرهذه المجالات.

القلق شعور طبيعي وله فائدة. إذا لم يقلق الطالب من الامتحان قد يستهتر بالمذاكرة ولا يقوم بواجبه. مَنْ لا يقلق إطلاقًا على موعد القطار قد يفوته القطار.لكن هناك فارق بين القلق الطبيعي والقلق المرضي.

القلق الطبيعي: وهو الذي يواجهه كل إنسان من وقت إلى آخر، وهو أمر طبيعي يدفع الإنسان للنجاح والاهتمام بعمله ومواعيده واللوائح والقوانين، ويدفعه للتدقيق في تعاملاته.

القلق المرضي: عندما يصير القلق جزءًا من عادات الإنسان في التفكير والسلوك. فيجعل صاحبه يتوقع الخطر والتهديد بصورة زائدة ولمدد طويلة، ومن ثَمَّ ينشغل ذهنه بأفكار قلقة، ومشاعره بشعور القلق المزعج. بما قد يؤثر بالسلب على أدائه، و شعوره بالرضا وعلى علاقاته وعلى كفاءة اهتمامه بصحته البدنية.

القلق والسلوك الإدماني:

القلق

السلوك
الإدماني

قد يلجأ بعض الناس للمخدرات أو الخمور أو الجنس أو القِمَار أو الإفراط في الأكل أو غيرها من السلوكيات الإدمانية للهروب من الشعور بالقلق.

يشعر كثير من الناس بالراحة من القلق أو الاسترخاء أو يهرب ذهنهم من التفكير في القلق إذ يتشتت بأمور أخرى.

القلق يسبب الانتكاسات لدى كثير من المدمنين الذين يحاولون التعافي.

السلوك الإدماني بالرغم من أنه يعطي راحة مؤقتة من القلق، إلا أنه يسبب مزيدًا من القلق بسبب أعراض الانسحاب أو بسبب طبيعة حياة المدمن.

حياة المدمن النَّشِط تزيد فيها عادة ساعات القلق في الأسبوع عن الإنسان الطبيعي بسبب أعراض الانسحاب وبسبب: أ. الخوف من عدم الحصول على المادة المخدرة أو القدرة على ممارسة السلوك الإدماني. ب. الخوف من أضرار الإدمان أو آثاره الجانبية مثل الآثار على الصحة أو السمعة أو العلاقات. ج. الخوف من أن ينكشف أمره د. القلق على كفاية الموارد المالية. ه. الخوف من الشرطة. و.القلق من الجرعة الزائدة. ز.القلق من عدم الحصول على النشوة المعتادة. ح. القلق من التُّجار.

المدمن المنقطع عن التعاطي يكون ذهنه قد اكتسب عادات التفكير القلق، فيظل قلقًا غير شاعر بالأمان بالرغم من انقطاعه عن التعاطي. حياة التبطيل بها أسباب كثيرة للقلق مثلًا: هل سأتمكن من الزواج؟ هل سأجد عملًا مناسبًا؟ هل سأسترد ثقة الناس بي؟ هل سأعوض ما فاتني؟ هل سانتكس ثانية وأعود للمعاناة؟

إذن الارتباط الشرطي للسلوك الإدماني بتهدئة الإحساس بالقلق وجلب حالة من السلام المؤقت سببًا في توريط المدمن في ذلك السلوك الإدماني. غير أن الانخراط في السلوك الإدماني وحياة الإدمان والتعاطي تزيد من حالة القلق بشكل كبير، الأمر الذي يتسبب في العودة إلى السلوك الإدماني أو التعاطي، وهكذا تسير الأمور في دائرة مغلقة.

تشير الدراسات أن مستوى القلق لدى عدد كبير من المدمنين يستمر أعلى من مستواه لدى غير المدمنين لمدة تتراوح بين 3 و10 سنوات.

القلق هو أحد المشاعر السلبية (المسببة للإحباط) التي قد تقود للانتكاسة، إن لم يتمكن المدمن المتعافي من التعامل معها بكفاءة. ولعل هذا من أسباب الشعبية العالية لدعاء السكينة بين المدمنين المتعافين، واهتمام برامج ال 12خطوة بأنواع عدم الأمان المختلفة: عدم الأمان المادي، وعدم الأمان الاجتماعي، وعدم الأمان الجنسي، وعدم الأمان العاطفي وهلمَّ جرًّا.

ترى برامج الـ 12 خطوة أن ممارسة الـ 12 خطوة للخروج من السلوك الإدماني النَّشِط والبقاء في التعافي، قد تكون كفيلة بالخروج من الأعراض النفسية الثانوية. لكن مكتب الخدمة العالمي لزمالة المدمنين المجهولين يرى أيضًا أن اضطرابات نفسية كثيرة تتطلب علاجًا نفسيًّا متخصِّصًا بما فيه العلاج الدوائي.

عناصر القلق

للقلق أربعة عناصر:

1. القلق شعور مزعج.
2. يرتبط بأفكار القلق (أفكار قلقة) وطرق تفكير قلقة.
3. ويؤدي إلى ردود فعل سلوكية بالمواجهة (الحروب) أو الانسحاب (الهروب).
4. كما أنه يرتبط بتغيرات فيسولوجية (أي تغيرات على حالة الجسم وأدائه).

ملاحظات للمعالج/المدرس:

إبدأ الجزء الثاني من الدرس بمجموعة الأسئلة التفاعلية المذكورة أدناه وتلقى إجابات بعض المشاركيسن عليها في 10 دقائق. ثم اشرح عناصر القلق مستخدما الرسم البياني أدناه على باور بوينت (عرض تقديمي) أو بأن ترسمه على سبورة أو فليب تشارت (الورق القلاب) وطرق التعامل معها ويتخلل هذا القيام بتدريبات الاسترخاء المذكورة في الدرس. واختم بالواجب المنزلي. واترك 5 إلى 10 دقائق تظل متواجد فيها مع المشاركين لتلقي أسئلتهم ومشاركاتهم.

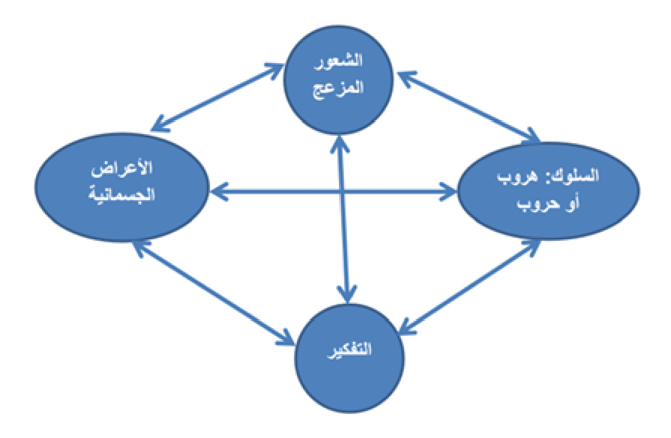
أسئلة تفاعلية

ماذا يحدث في أجسامنا عندما نقلق؟ لمَّا تقلق بتحس بإيه جسمانيًّا؟

ما ردود الفعل المحتملة في التصرفات والسلوك؟

اذكر مرة شعرت فيها بالقلق لسبب مرتبط بالإدمان. ما الأفكار التي خطرت على بالك وقتها؟ كيف تصرفت؟

عناصر القلق ومكوناته:



للقلق أربعة عناصر أو مكونات كل منها يؤثر على كل العناصر الأخرى ويتأثر بها. ويصعب تبين من منها جاء أولًا ومن كان التالي. الأفكار القلقة تؤدي إلى الشعور المزعج، وتزيد من الأعراض الجسمانية، وتدفع في اتجاه سلوك سلبي. والشعور المزعج يزيد من الأفكار القلقة والمظاهر الجسمانية ويرفع احتمالات السلوك السلبي. وهكذا السلوك السلبي يدفع لمزيد من القلق والأفكار المضطربة والتوتر الجسماني.

أول عنصر هو الشعور المزعج: وهذا لا وصف له، هو إحساس مزعج.

ثم العنصر الجسماني: وعادة يسهل علينا أن نرصده ونصفه. تتضمن زيادة سرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة التعرق، وجفاف الحلق (نشفان الريق)، وفقدان الشهية، أو الأكل بصورة زائدة، وتسارع التنفس، والحموضة في المعدة، وتقلصات القولون، والرغبة في القيء وحتى القيئ نفسه، والإسهال أو الإمساك. ثم الصداع، والرغبة في التحرك (قاعد مش على بعضه) حتي بحركات متكررة كهز الساقين أو وضع اليدين في وضع معين، وهي ترتبط بزيادة التوتر في العضلات. نلاحظ أن كل الأعراض لا إرادية ولا يمكن التحكم الواعي فيها ماعدا توتر العضلات. نحن نستطيع إراديًّا أن نقوم بإصدار أوامر للعضلات أن تسترخي، وهذا هو ما يُسمَّى تمرينات الاسترخاء.

العنصر السلوكي: القلق قد يدعنا إلى واحد من رد فعلين الهروب Flight أو الانسحاب والحروب Fight أو المواجهة. وقد يكون الهروب من القلق إيجابيا أو سلبيًّا، وكذا قد تكون الحروب أو المواجهة معه إيجابية أو سلبية. أمثلة لهذا في الجدول التالي:

	الهروب أو الانسحاب	الحروب أو المواجهة
إيجابي	**قضاء وقتا في التأمل أو الدعاء والصلاة. أخذ أجازة من العمل لتخفيف التوتر. أخذ أوقات راحة لاستعادة قوتي. تفادي مخالطة من يستخدمون المخدرات. تأجيل عتاب شخص عزيز أخشى من معَّاتبته حتى وقت مناسب.**	**مزيد من الاستذكار للامتحأن الذي أخشاه. الاستعداد الجيد للمقابلة بخصوص وظيفة. الكلام في الوقت المناسب مع من يقلقني. كتابة أفكاري ومخاوفي على ورقة والرد عليها. الذهاب للامتحأن أو المقابلة بالرغم من خوفي. مكالمة تليفونية بصوت هادئ للاطمئنان عمن أقلق عليهم.**
سلبي	**عدم دخول الامتحان أو التوقف تمامًا عن المذاكرة. الانسحاب من التقدم للوظيفة. التوقف عن التعافي لأني أخشى الانتكاسة. عدم إقامة صداقات إطلاقا خوفاً من فشل الصداقة. أخذ مخدرات أو خمور أو الإفراط في الأك**	**مقابلة من يتعاطون لأواجه "خوفي" وأثبت قوة إرادتي. استخدام المفتاح بعنف في الباب حتى ينكسر. توبيخ أو الزعيق في شخص قريب مني بسبب قلقي. مكالمة من أقلق عليهم عدة مرات وبصوت مفزع.**

العناصر الفكرية قد تكون هي الأصعب في الرصد والملاحظة مع أنها من أكثر العناصر أهمية:

أ. زيادة سرعة سريان الأفكار مع عدم وجود هدف لهذه السرعة. عندما نجلس في الامتحان ونعرف الإجابة نفكر بسرعة شديدة ولكن بشكل مهذِّف ومنتج.

ب. الأفكار القلقة تتميز بنمط «ماذا لو؟ "What if. ماذا لو لم أتذكر شيء في الامتحان؟ وماذا لو أتت الأسئلة في الجزء الذي لم أفهمه؟ ماذا لو السيارة تعطلت بنا؟ ماذا لو سقطت الطائرة؟ ماذا لو لم تقبلني ولا عروس أتقدم لها؟ ماذا لو خانني شريكي في العمل؟ ماذا لو انكشف أمري؟ ماذا لو انتهت الفلوس؟ .

ج. سرعة التشتت: يصاحب القلق صعوبة التركيز. كما تصاحبه سرعة في التشتت لازدحام وتسارع الأفكار ومن ثَمَّ يظهر التردد في الأفكار والكلمات ويؤثر على السلوك والقرارات.

د. الأفكار تبدو مزدحمة وكثيرة وفي عدة اتجاهات. الأفكار في القلق وعادة من 4 إلى 7 أفكار تتكرر بترتيب مختلف. مثلًا: قد تكون الأفكار 1.ماذا لو كنت قد نسيت إطفاء الموقد (البوتاجاز) و2. هل سأتمكن من اللحاق بموعدي و3. ربما تركت انطباعًا سيئًا في المقابلة من أجل العمل (الآنترفيو) و4. ماذا لو كنت مصابًا بمرض عُضال. هذه 4 أفكار كأنها 4 كرات بألوان مختلفة ترتطم بذهنك بسرعة. الكرة الحمراء ثم الصفراء ثم الخضراء ثم الزرقاء ثم الصفراء ثم الحمراء ثم الخضراء وهكذا، فتشعر أنها عشرات الأفكار والحقيقة أنها أقل من هذا كثيرًا.

التعامل مع القلق لمنع الانتكاسة

للمضي قُدمًا في حياة التعافي والخروج من السلوكيات الإدمانية ومواجهة القلق في حياة التعافي. القلق كشعور مزعج لا يمكن التغلب عليه أو التعامل معه بقرار إرادي مباشر. لكن ينبغي أن تتذكر الحقائق عن القلق وتتعامل معه سلوكيًّا بتعاملات محددة وشاملة وربما بالدواء.

أولًا: حقائق عن القلق ينبغي تذكرها:

القلق شعور مزعج لكنه يزول من تلقاء ذاته أو يخفت مع الوقت، ولا يظل قائمًا إلى ما لا نهاية.

ونُذكِّر بقول الفيلسوف الفارسي جلال الدين الرومي: «كل إحساس وشعور هو ضيف يجب قبوله والترحاب به. بعض الضيوف لطفاء وكرماء ومبهجون، وبعضهم ثقلاء وسخفاء. لكن في كل الأحوال هم ضيوف سيأخذون واجب الضيافة ويمضون إلى حال سبيلهم».

القلق قد يدفعنا لسلوك إيجابي. سواء في انسحاب أو في مواجهة.

القلق الوجودي المتعلق بأسئلة مثل ما معنى حياتي وما هدفها وهل أحقق الهدف من وجودي وكيف أواجه الموت وكيف احتمل الظروف الصعبة؟. كلها أسئلة قلقة قد تقودني إلى حياة أكثر معنى وقيمة.

القلق لا يؤثر على الإنتاجية. إن دخلت امتحان أو ألقيت كلمة وسط الناس أو أجريت مقابلة وأنت قلق، فأداؤك قد يتحسن بنسبة 2% أو قد يسوء بنفس النسبة. لكن الانسحاب من الامتحان أو المقابلة أو الكلمة هو الذي يؤثر قطعًا على الأداء.

طالما شعرت بالقلق فاحتمال تأثيره على صحتك البدنية يكاد يكون معدومًا. لا يحدث أبدًا أن يصيبك تسارع نبضات القلب بذبحة صدرية، أو يصير مؤذيًا لقلبك السليم بشكل دائم. كما لا تؤثر أي مظاهر من الشعور الواعي بالقلق على أعضاء جسمك. المؤثر هو كبت القلق أي وجوده داخلك بدون أن تشعر به.

لا تقلق أنك قلق (قلقان). القلق لا يعني أنك ضعيف الشخصية أو «جبان». الشجاع ليس من لا يقلق، ولكنه من لا يسمح للقلق أن يدفعه لسلوك سلبي هو غير مقتنع به.

القلق لا يعني أنك ضعيف الشخصية أو ضعيف الإيمان. وليس المؤمن الروحاني هو مَنْ لا يقلق، بل هو القادر على أن يُسلم قلقه لله كما يفهمه، ويستلهم القوة من خلال الصلاة والدعاء والقراءة والمشاركة. وهو مَنْ يدرك أن قوته الأعظم منه - القادرة أن ترده إلى الصواب - لا تفارقه وقت القلق.

ثانيًا: المهارات المخصوصة في التعامل مع القلق

تمارين الاسترخاء: نحن لا نستطيع التحكم مباشرة لا في سرعة النبض ولا في جفاف الحلق ولا الحموضة ولا في أي من الأعراض والمظاهر الجسمانية للقلق، إلا توتر العضلات. فنحن نستطيع أن نُقلل من توتر العضلات بأن نمارس تدريبات الاسترخاء.

راجع ومارس أحد أو كل تمارين الاسترخاء المذكورة في الدرس الأول (مقدمة ومفاهيم أساسية). ثم سنقدم لك هنا تمارين أخرى لتعرفها وتمارسها:

إرشادات للمدرب أو المشير أو المعالج: كيفية تيسير القيام بتمارين الاسترخاء

تمرين المركب والبحيرة: تمرين من تمارين التخيل المسترشد

أطلب الآتي من الحاضرين بصوت هادئ مريح:

اجلس في وضع مريح. أسفل قدميك الاثنين على الأرض بالكامل. كفا يديك مسنودان على الفخذين أو إلى جوارك على المقعد. رأسك إلى الحائط أو وسادة أن أمكن أو في أكثر الأوضاع راحة إن لم يمكن.

اغمض عينيك.

هدف التمرين هو استرخاء كل عضلات الجسم. شَغِّل خيالك بنشاط معي، وضع عضلاتك في أريح وضع لها.

تخيل أن جسمك عبارة عن مركب تطفو بهدوء على سطح مياه بحيرة جميلة. والماء نقي صافٍ وهادئ تمامًا.

ثم تخيل أن الشمس هنا دافئة دفئًا لطيفًا رفيقًا وغير مزعج.

الآن تخيل أن الهواء نسيم عليل بليل يُرطِّب جسدك.

وهناك على الضفة أشجار تلقي ظلالًا جميلة على ضفة البحيرة. ووراء الضفة خضرة وزهور زاهية الألوان.

وبهدوء وببطء تقول: ثم تخيل أنك تشعر بالمياه الدافئة وحرارة الشمس اللطيفة في كل عضلة من عضلات جسمك.

مُرْ على جسمك كله مرورًا بطيئًا، وتأكد أن كل جزء فيه يطفو على المياه الدافئة، وتلمسه أشعة الشمس الرقيقة والنسيم العليل.

من الرأس والوجه إلى الصدر وأعلى الظهر والذراعين ثم اليدين والبطن وأسفل الظهر.

ثم تقول نظل كما نحن والأعين مغمضة ونكرر التدريب، لكني سأصمت الآن وأنتم تخاطبون أنفسكم في سركم (تكلموا نفسكم من غير صوت)، مكررين التدريب بالتركيز التدريجي البطيء على كل مجموعة عضلات.

التدريب مع الإعادة يستغرق من 3 إلى 5 دقائق.

وتختم بأن تقول: كلما مارست تمارين الاسترخاء أكثر، كلما أتقنتها، وقادتك بدورها إلي نتائج أفضل وأسرع.

ملاحظات:1. شجع القائم أو القائمين بالتدريب على الاسترخاء والتركيز فقط على الرمل المنساب من أصابع اليدين والقدمين. 2. لكن أكد لو سرحوا بعيدًا عن هذا فلا بأس فليرجعوا بهدوء للتدريب. 3. أحيانا يجد بعض الناس التدريب مضحكًا. لا تغضب من ضحكهم بل قل ببساطة وبلا تذمر بعد ما نخلص ضحك نرجع للتدريب.

تمرين وضعية الجبل: أحد تمارين الانتباه المعتني (اليقظة)

قف في مكانك وضع جسمك كله في وضع مريح واغمض عينيك. هدف التدريب هو الاسترخاء عن طريق تحويل التركيز والوعي من الأفكار المختلفة إلى الإحساس بما تشعر به هنا والآن في جسمك وما تسمعه أذناك.

باعد بين رجليك وقدميك قليلًا وضع يديك وذراعيك إلى جوار جِذعك بهدوء وسلاسة. جسمك كله الآن في وضع كأنه جبل راسخ طويل.

وجه انتباهك بعناية وهدوء لكل جزء من جسمك.

القدمان تتلامسان مع الأرض.

الرجلان والساقان يحملان الجزع. الساقان يتكاملان مع الجزع كأنهما جبل متصل ببعضه.

الذراعان واليدان تأخذان شكلًا متصلًا بكل الجسم مع تلامسهم الرفيق.

ركز أيضًا في أحاسيسك الداخلية. القلب وحركة التنفس.

كرر التدريب لمدة لا تقل عن ثلاث دقائق.

تمرين التنفس مع العدد: تمرين من تمارين التنفس

ضع جسمك في وضع مريح. اغمض عينيك. وتنفس ببطء.

شهيق بطيء مع العد: واحد اثنان ثلاثة.

زفير بطيء جدًا مع العد: واحد اثنان ثلاثة أربعة.

كرر التمرين ببطء وبيسر أي دون أن تبذل مجهودًا شديدًا لمدة 3 دقائق.

للتغلب على القلق مارس تمرين استرخاء مفضل لديك 3 مرات يوميًا، وفور شعورك أن القلق بدأ يزيد عندك. تمارين الاسترخاء لمدة 3 دقائق تؤثر في الجسم: النبض والضغط والتنفس وتوتر العضلات، نفس تأثير حقنة في اليوم.

ساعة القلق والتعامل مع الأفكار القلقة

خصِّص ساعة في اليوم للقلق ولتحليل أفكار القلق. كلما خطرت في بالك فكرة مقلقة قل لنفسك سأؤجل هذه الفكرة للساعة الفلانية. لا تختار ساعة قريبة من موعد نومك ولا ساعة تكون فيها مرهقًا وتركيزك ضعيف. وخصِّص كشكولًا لتحليل أفكار القلق. في ساعة القلق خصِّص لكل فكرة قلق صفحتين.اكتب الفكرة المصاحبة للقلق على رأس الصفحة اليمنى. مثلًا ماذا لو لم أستطع كسب ثقة أهلي أبدًا؟

ثم حللها من خلال ٦ أسئلة:

ما الأدلة التي توافق هذا الاحتمال؟ مثلًا: لقد توقفت من قبل وانتكست، ولم تعد لديهم ثقة في أني ساستمر. ووعدتهم كثيرًا وخلفت وعودي. وصديقي محسن لم يكتسب ثقة أهله حتى بعد مرور سنة من التبطيل. خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقًا، فتكتبها في المساحة الخالية.

ما الأدلة المضادة لهذا الاحتمال؟ مثلًا: كل يوم يمُرُّ بدون تعاطي أشعر بأمل في أعينهم وصوتهم. وهذه المرة معي مشرف ومعالج وأعرف كثيرًا من الزملاء يساعدونني. وأنا ألتزم بالبرنامج العلاجي وأستوعبه وأطبقه أكثر من أي مرة سابقة. ومشرفي أحمد اكتسب ثقة أهله بشكل تدريجي بعد أول سنة واليوم بعد 5 سنين يثقون به تمامًا.

خصِّص لإجابة هذا السؤال أيضًا ثُلث صفحة.

لماذا قد أفكر هكذا بالرغم من عدم وجود أدلة منطقية؟ أي ما الأسباب غير الواعية لهذه الفكرة؟ مثلًا: هذه قد تكون فكرة ضرب (تعاطي) مستترة أو متخفية، أي لكي أشعر باليأس فأبرر لنفسي الانتكاسة. أو لم أشعر في طفولتي أن أهلي يثقون في.

و مرة أخرى خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقُا، فتكتبها في المساحة الخالية.

سؤال العصا السحرية: ماذا لو اختفت هذه الفكرة من ذهنك كما لو كان بقوة عصا سحرية. كيف ستشعر؟ كيف ستتصرف؟ الإجابة قد تكون مثلًا: أشعر براحة شديدة. أو أكون أكثر قدرة على الاستجابة لهم ببساطة وأكتسب ثقتهم تدريجيًّا. أو ربما أشعر بالاستهتار ولا أذكر من أين أتيت ويصيبني الغرور. خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث الصفحة المتبقي.

الأفعال الإيجابية: ما الأفعال المفيدة في مواجهة هذه الفكرة؟ الإجابة قد تتضمن: أركز في يومي فقط والثقة ستُبْنَى بالتدريج، أو أشارك آخرين من المتعافين بسؤالهم كيف اكتسبوا الثقة وكيف تعاملوا مع تأخر الثقة؟ خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي

ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقًا، فتكتبها في المساحة الخالية.

ملاحظات أخرى: مثلًا قال لي مشرفي إن هناك ما أستطيع أن أقوم به فأتغير اليوم، وهناك أمور لا أستطيع تغييرها هي متى وكيف سأستعيد الثقة؟ أو قال لي معالجي إن المهم إنك تكون أنت من خلال أفعالك النهاردة جدير بالثقة.

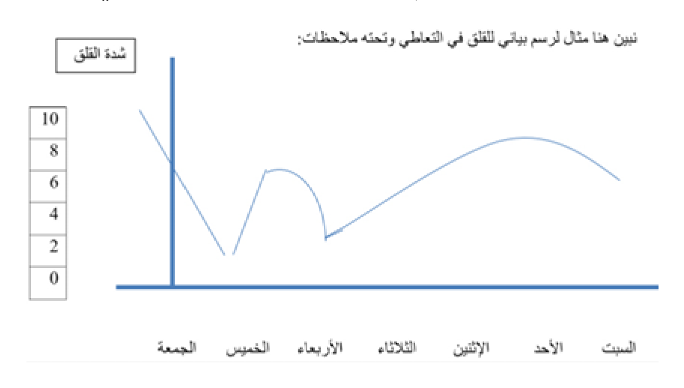
فيما يلي مثال على تقسيم الصفحتين المتقابلتين:

الفكرة:	**العصا السحرية:**
الأدلة مع:	
الأدلة ضد:	**الأفعال الإيجابية:**
لماذا أفكر هكذا؟	**ملاحظات أخرى:**

منحنى القلق ومُذكِّرات القلق

هي شبيهة بمنحنى ومُذكِّرات الرغبة في التعاطي المذكورة في درس المقدمة، لكن الهدف منها إدراك أن القلق شعور يزيد ويقل ويزول أحيانا، ولمعرفة ما الأحداث أو الأفكار التي تؤثر سلبًا في القلق وكيف يمكن تحسين تعاملك معها.

يمكنك متابعة شدة القلق ومرات إحساسك به من خلال رسم بياني، تقوم به كل أسبوع وتتابع فيه درجة شدة القلق، في كل يوم تمُرُّ به. بعض الأيام ستكون فيها شدة القلق ضعيفة بقوة 2/10 مثلًا كما أنها قد تدوم في هذه الأيام دقائق قليلة أو تقلق قليلًا ثم يختفي القلق سريعًا، وقد لا تحدث إلا مرة واحدة في اليوم. وفي أيام أخرى قد تصل شدة القلق إلى درجة عالية جدًا 9/10 مثلًا. غالبًا ما يكون هناك سبب لزيادة القلق مع أنه أحيانا قد لا يكون واضحًا أو صريحًا وقد لا تلاحظه. كما قد تختلف طريقة تعاملك مع القلق من يوم لآخر. ومن المهم أن تلاحظ وترصد أسباب القلق من أفكار قد تخطر ببالك، أو ذكرى تتذكرها أو قول يقوله لك أحد الناس، أو تقرأ خبرًا أو تشاهد مشهدًا في التلفاز أو الإنترنت وهكذا. كما أنه من المهم أن ترصد ما الطرق التي استخدمتها للتعامل مع القلق.



ملاحظات: مالذي أثار القلق ؟ الأفكار التي خطرت في بالك ؟ كيف تصرفت ؟ دروس للمستقبل

التوقيت:	درجة	مالذي أثار القلق؟ أحداث؟	الأفكار التي	كيف	دروس	ملاحظات

اليوم من الساعة إلى الساعة	شدة القلق	كلام؟ تذكر لشيء ما خطر على بالك؟	خطرت في بالك	تصرفت؟	للمستقبل	أخرى

وربما تفضل كتابة مذكرات القلق أسبوعيا كما يلي:

ثالثًا: المهارات العامة في التعامل مع القلق

طرق التعامل الشاملة مع القلق والاكتئاب والغضب والضغوط عمومًا تتضمن:

الدعاء والصلاة: بعض منا يعرف كيف يستلهم من الصلاة قوة، وآخرون يشعرون أن الصلاة عبء أو مصدر للشعور بالذنب أوالتقصير. لكن القدرة على استقبال قوة من ممارسة الروحانيات مصدر للقدرة على التعامل مع الضغوط عمومًا.

التأمل والقراءة: يتضمن تعبير التأمل هذا مدلولين متمايزين: أولهما الاختلاء والصمت والتأمل الداخلي بأشكاله المختلفة، أو مع الاستماع لموسيقى هادئة. بينما يتضمن الثاني: قراءة قراءات محددة كل يوم حول حكمة متصلة بالتعافي، والممارستان المختلفتان للتأمل تساعدان في مواجهة القلق وكل الضغوط أيضًا.

المشاركة: الكلام مع شخص تثق فيه، ولديه قدرة على الإنصات والتفهم والمُوَاجَدَة، تساعد على التنفيس عن الضغوط والشعور بأنك لست وحيدًا أو غريبًا عن باقي البشر.

الرياضة: المشي أو الهرولة (Jogging) أو الرياضة التي تتطلب جهدًا أكثر مثل قاعات الرياضة الجماعية (الجيم). وبعض الناس أَمْيَل للرياضة، وآخرون أَمْيَل للكلام، ومجموعة ثالثة تجمع بين الاثنين.

اتزان الحياة: الاتزان بين الضغوط وطرق التعامل معها وبين الأنشطة التي أحبها وتعطيني متعة، والأنشطة الواجب عليَّ عملها، والاتزان بين مايدور في داخل النفس وبين ما يحدث بين الشخص والآخرين. (وسنشرح هذا في درس لاحقًا).

الفن أو الشعر أو الموسيقى: ممارسة أي شكل من الفن مثل الرسم أو النحت أو الكتابة الأدبية مثل الشعر والزجل

كتابة المذكرات: فعل الكتابة على الورق في كشكول، هو في حد ذاته يشغل مناطق من المخ، تساعد على احتواء الضغوط بكافة أشكالها.

أخذ حمام دافئ أو دش وتناول المشروبات الطبيعية المهدئة «كالنعناع– الينسون– الكركديه: الطرق التقليدية في تحقيق قدر من الهدوء والاسترخاء يعاون أيضًا على التعامل مع كل الضغوط.

رابعًا: الأدوية والعلاج الطبي

هناك اليوم قائمة طويلة من الأدوية النافعة في علاج القلق بدون أن تسبب إدمان، حيث إنها لا تحرك مركز المجازاة أو اللذة في المخ. لكن ينبغي أن نؤكد على عدم استخدامها إلا بأمر طبيب نفسي على خبرة في التعامل مع السلوكيات الإدمانية، كما ينبغي متابعته بعد وصف الدواء وعدم زيادة الجرعة أو تقليلها أو وقفها إلا بتعليمات الطبيب.

ليس كل الأدوية التي تعالج القلق تسبب إدمان، بل هناك أدوية تفيد في التعامل مع القلق مثل البوسبارBuspar (Buspirone) ,

الأدوية المضادة للذُّهان بجرعة صغيرة قد تكون مفيدة أيضًا مثل الكويتابكس أو السيروكويل (Quitiapine) والدوجماتيل أو التوبمود (Sulpride).

مضادات الاكتئاب من الجيل الجديد أي مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) مثل السيبرام أو السيبرالكس (Escitalopram & Citalopram) أو السيروكسات) Paroxetine) و تفيد كعلاج للقلق، لكن لا تأتي بنتيجة إلا بعد من 4 إلى 6 أسابيع.

جرعات صغير من أدوية مضادات الاكتئاب التقليدية مثل تربتزول)) Tryptizol Amytryptelene.

ينبغي الحذر الشديد ويستحسن تجنب مضادات القلق التقليدية: من عائلة البنزوديازابينات Benzodiazepines مثل الفاليوم Diazepam والأتيفانLorazepam والكالميام bromazolam والزاناكس أوالزولام Alprazolam لسببين أولًا أنها مواد تحرك مركز اللذة أو المجازاة في المخ، وبالتالي هي مسببة للإدمان. وثانيًا أنه بعد مدة غالبًا قصيرة من الاستخدام من أعراض انسحاب أو ردة Reboundسريعة يحدث قلق وتهيج بعد ساعات من الاستخدام. وهذا ذاته قد يحدث مع ما يُسمَّي مضادات القلق من مركبات الزد Zed Compounds مثل الهيبنورZopiclone والنايت كالم Eszopiclone والسيستا Zaleplonوغيرها. كلها لها نفس تأثير البنزوديازيبينات ولكن تأخذ مدة أطول في الوصول للإدمانية وأعراض الردة.

ملاحظات على أنواع القلق

طرق التعامل مع القلق المذكورة هنا تصلح لكافة أنواع القلق: القلق العام والرُّهاب (الفوبيا) بأنواعه بما فيها الرُّهاب الاجتماعي ورُهاب السوق ونوبات الهلع. لكن قد نحتاج إلى التركيز على بعض الطرق وإضافة البعض الآخر.

التعرض التدريجي: لمَنْ يعانون من الرُّهاب (الفوبيا)، ويجب أيضًا أن يتم بتعليمات وقيادة طبيب أو أخصائي نفسي. مثلًا في حالة رُهاب القطط (الخوف الشديد من القطط)، يضع المعالج قائمة متدرجة من الأمور التي تخيف المريض مبتدئًا من الأقل تخويفًا وحتى الأشد تخويفًا. ثم نُعرّض المريض لصوت قطة صغيرة مسجل فيخاف قليلًا، فنتبع هذا بتمرين استرخاء حتى يطمئن، ونكرر حتى يختفي الخوف من صوت القطة الصغيرة. ثم نكرر العملية بصورة قطة صغيرة حتى يطمئن. ثم قطة صغيرة في قفص ثم قطة صغيرة خارج القفص، وهكذا حتى نصل إلى قطة كبيرة في نفس

الغرفة. ونفس الفكرة في الرُّهاب الاجتماعي: يجلس مع فردين ثم بعد أسبوع مع ثلاثة ثم يحضر جروب مدة عشر دقائق ويخرج حتى نصل إلى أنه يتكلم في الجروب.

تمارين الاسترخاء مع نوبات الهلع: نوبات الهلع يتصاعد فيها الخوف الشديد بسرعة وتزداد ضربات القلب، وقد يشعر المريض بألام في القلب أو إعياء شديد. ويمكن استخدام تمارين الاسترخاء مع نوبات الهلع في أي مرحلة من النوبة (عادة النوبة تستغرق 10 إلى 15 دقيقة). لكن يستحسن تدريب المريض على استخدام التدريب في بداية النوبة.

العلاج الدوائي الذي يصفه الطبيب النفسي ويتابعه مفيد جدًا في حالتي الرُّهاب و نوبات الهلع.

واجب منزلي

قم بممارسة تدريب من تدريبات الاسترخاء يوميًا واكتب كيف شعرت بعدها.

قم بعمل منحنى للقلق للأسبوع المقبل (حتى القلق الطبيعي) وقم بعمل مُذكِّرات القلق أيضًا؟

اذكر فترة من حياتك شعرت فيها بقلق شديد. واكتب 3 من الأفكار التي كانت تخطر في بالك وقتها. وقم بتحليل الأفكار باستخدام الست أسئلة التي ذكرناها.

الدرس السادس

الاكتئاب والإدمان

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الخامس وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعض مما تعلموه من الدرس الخامس.

ابدأ بالأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى معظم هذه الإجابات سليمة أو تعبر عن جانب من الموضوع. قدم تعريف الاكتئاب وصلته بالإدمان. ثم اشرح عناصر الاكتئاب وتداخلها مع بعضها البعض. فيما لا يزيد عن20 دقيقة تبدأ بالأسئلة التفاعلية. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 30 دقيقة.

أسئلة تفاعلية

ما الاكتئاب؟ عندما نذكر كلمة الاكتئاب ماذا يخطر في بالك؟ مامعنى هذه الكلمة في رأيك؟

هل هناك صلة بين الاكتئاب والإدمان؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك، أي وضح ما الصلة أو اشرح لماذا لا توجد صلة؟.

لماذا قد يشعر المدمن بالاكتئاب؟ ما أسباب الاكتئاب لدى المدمن النَّشِط ؟

ما أسباب الاكتئاب لدى المدمن المنقطع عن التعاطي؟

اقتراح للمدرس/المعالج أكتب على الورق القلاب (الفليب شارت) أو السبورة كل إجاباتهم.

تعريف الاكتئاب:

هو شعور مزعج قد يتضمن الحزن وفقدان الأمل وعدم القدرة على التمتع بشيء. ويكون أحيانا مصحوبًا بالشعور بالوحدة أو بالذنب أو بالدونية. وقد لا يتمكن بعض المدمنين من وصفه، فيقولون بأنه «خنقة».

الاكتئاب شعور طبيعي عند حدوث خسارة حقيقية لشخص عزيز مثلًا أو لعلاقة، أو عند الرسوب في الامتحان، أو فقدان وظيفة. أو عند ارتكاب فعل أنا لا أرضى عنه لأسباب أخلاقية أو دينية، أو عند إهمال واجبي أو تقصيري فيما كان ينبغي أن أفعل. أو عند الإصابة بمرض مزمن جسيم. أو بسبب انغماسي في العمل والواجبات وإهمال الراحة والترفيه.

وقد يكون شعورًا يدفعنا للأمام أو التغيير وعندئذ يكون إيجابيا. كشعور المدمن بالاكتئاب عندما يصل إلى وضع في عمله أو دراسته أو علاقاته، أو تُوقَّع عليه عقوبة قانونية أو اجتماعية (يجيب قاع)، فيقرر أن يطلب العلاج أو يبدأ في حضور اجتماعات الـ12- خطوة. أو قد يدفعنا إلى أخذ إجازة مستحقة، أو إعادة تنظيم وقتنا بصورة متوازنة.

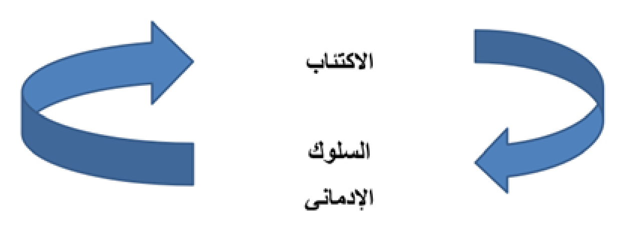
مَنْ لا يشعر أبدًا بالندم أو الذنب قد يكون شخصية مضادة للمجتمع (نذل وكذاب ولا يتحمل المسؤولية).

لكن عندما يصير الاكتئاب معطلًا لنا في عملنا أوغير محتمل أو يفسد علاقاتنا ويستمر في معظم فترات اليوم مدة طويلة (تزيد عن أسبوعين لتشخيص نوبة اكتئاب جسيم وفقًا للدليل التشخيصي والاحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس DSM 5)

وهناك ما يُسمَّى بالاكتئاب الإبداعي وهو مرحلة يمُرُّ بها الفنانون والأدباء والعلماء المبدعون. وتشبه آلام الولادة من حيث إن المبدع يشعر بعجز مؤقت عن التعبير عن فكرته أو شعوره الإبداعي، ويظل يصارع حتى «ولادة» العمل الإبداعي، أي خروج اللوحة الفنية أو التصميم أو العمل الأدبي أو الاختراع إلى النور.

علاقة الاكتئاب بالإدمان:

الاكتئاب قد يدفع الناس إلى التعاطي أو بداية السلوك الإدماني، ويتم هذا أما بصورة واعية: سأشرب لأني مكتئب. أو بصورة لا واعية أي أن الشخص يبدأ؛ لأنه يكبت مشاعر اكتئابه ولا يدركها أصلًا. ويُسمَّى هذا في الحالتين «المداواة الذاتية» Self Medication . كما أن الاكتئاب قد يكون من أسباب الانتكاسة كما سبق أن ذكرنا في درس المواقف عالية الخطورة: النكد أو المشاعر السلبية بما فيها حزمة الحزن/الاكتئاب يعزو 35% من المنتكسين إليها أنها سبب انتكاستهم.



ومن جهة أخرى قد يجد الناس في السلوك الإدماني راحة مؤقتة، لكن غالبًا الأسبوع الذي يقضيه شخص في التعاطي أو السلوك الإدماني يكون معظمه حزن أو اكتئاب. للأسباب التالية:

يؤدي الإفراط في بعض المواد المغيرة للحالة المزاجية إلى الاكتئاب. مثلًا الكحول يثبط كبح القشرة المخية. أولًا عند تناول من وحدة إلى ثلاث وحدات (وحدة الكحول= كوب بيرة كبير أو كأس نبيذ أو شوت ويسكي) فيبدأ مستخدمه في الكلام بانطلاق والشعور بالنشوة. لكن بعد 5 أو 6 وحدات يثبط الكحول أيضًا المراكز الأعمق في المخ فيبدأ الاكتئاب في السيطرة، وكثيرون يبدأون في كلام الشفقة على النفس والبكاء اللحوح. الحشيش والأفيونيات لها تأثير مماثل أيضًا ومتراكم مع الزمن.

ثم عند خروج كل المواد المغيرة للحالة المزاجية، وعندما يخفت أثر نشوة السلوك الإدماني قد يشعر المدمن بالذنب أو عدم احترام النفس أو يرى مشاكله (رفض وعدم ثقة الأسرة أو الرفت من العمل أو المشاكل القانونية أو الصحية مثلًا) تفاقمت أكثر. فيسعى لتخديرها بمزيد من التعاطي أو السلوك الإدماني. فتزداد تبعات السلوك الإدماني في كل جانب من جوانب حياته وهكذا.

ملاحظات للمعالج/المدرس:

إبدأ الجزء الثاني من الدرس بمجموعة الأسئلة التفاعلية المذكورة أدناه وتلقى إجابات بعض المشاركيسن عليها في 10 دقائق. ثم اشرح عناصر الاكتئاب مستخدما الرسم البياني أدناه على باور بوينت (عرض تقديمي) أو بأن ترسمه على سبورة أو فليب تشارت (الورق القلاب) وطرق التعامل معها ويتخلل هذا القيام بتدريب جدول الأنشطة الأسبوعية كما سنبينه. واختم بالواجب المنزلي. ثم اترك 5 إلى 10 دقائق تظل متواجد فيها مع المشاركين لتلقي أسئلتهم ومشاركاتهم.

وقد يتناول البعض المخدرات بكميات كبيرة كما لو كانوا يتخذون قرارًا بالانتحار.

عناصر الاكتئاب وأعراضه للاكتئاب أربعة عناصر:

1. المشاعر السلبية.
2. مظاهر جسمانية (أي تغيرات في حالة الجسم وأدائه).
3. مظاهر سلوكية.
4. أفكار الاكتئاب.

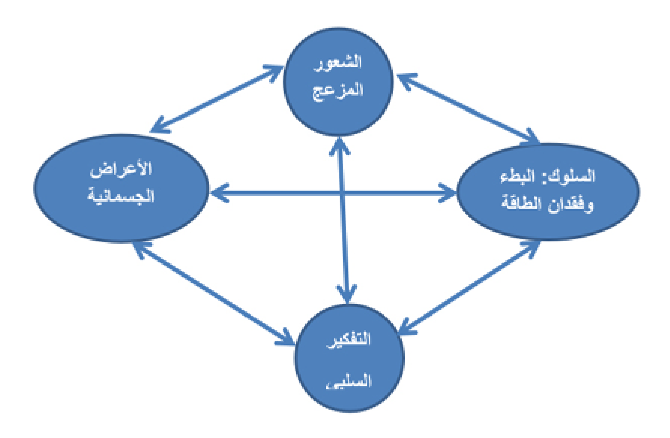
أسئلة تفاعلية

ماذا يحدث في أجسامنا عندما نكتئب؟ عندما تكتئب ماذا يتغير في أدائك الجسماني ؟

ما نوع التصرفات وماهو السلوك المرتبط بالاكتئاب؟

اذكر مرة شعرت فيها بالاكتئاب أو الحزن لسبب مرتبط بالإدمان. ما الأفكار التي خطرت على بالك وقتها؟ كيف تصرفت؟

عناصر الاكتئاب ومكوناته:



الشعور المزعج والسلبي: يتضمن الحزن أواليأس أوالشعور بالذنب أوعدم القدرة على الاستمتاع أو الشعور بعدم الجدارة والدونية أو الشفقة على النفس (الصعبانيات).

جسمانيًّا: تغيُّر في النوم أما بالأرق أو بزيادة ساعات النوم زيادة شديدة. وفقدان الشهية أو الأكل

بشكل زائد. أما الممارسات الجنسية فتقل عند أغلب الناس وعند البعض تزيد.

سلوكيًّا: الكسل والخمول واللامبالاة وانخفاض الرغبة في أي عمل. وأحيانا التهيج أي العصبية والغضب والحكة المفرطة. إضافة للصعوبة والتردد في اتخاذ القرار.

عادة ينسحب المكتئب وينعزل عن الناس، ويتكلم بصوت خافت رتيب. لكنه أيضًا قد يتهيج ويبدو علية الغضب. وهذا يحدث خاصة في الأطفال والمراهقين، وبعض المدمنين الذين توقفوا في نموهم الوجداني عند الطفولة والمراهقة.

الاكتئاب كما ذكرنا سابقًا قد يدفعنا إلى التغيير الإيجابي مثل الاعتذار المناسب، أو تقديم تعويضات لمن آذيناهم، أو بداية العلاج والسير في طريق التعافي، لكن قد يدفع أيضًا إلى الانسحاب السلبي كالتعاطي أو الاندماج في سلوك إدماني.

فكريًّا:

بطء مجرى التفكير: كأن الأفكار ثقيلة، والانتقال من فكرة إلى أخرى يتطلب مجهودًا.

عدم الانتباه وعدم القدرة على التركيز، والتركيز في الأفكار الاكتئابية بدلًا من التركيز في المهام الفعلية أو البيئة المحيطة.

نسيان الأحداث القريبة أو أين وضعت الأشياء الهامة بسبب عدم الانتباه وبطء التفكير.

التركيز على الخسارة في الماضي: أنا فقدت كذا وكذا وخسرت كيت وكيت.

والخسارة في الحاضر: مثلًا أنا عاجز وسيئ.

وفي المستقبل: مثلًا لن أستطيع أن أحقق أي شيء، وسأخسر خسائر أخرى، ولن أستمتع بشيء في المستقبل.

تضخيم السلبيات: كان يقول: إهمالي لتحية هذا الرجل هو تعبير عن فشلي وسوء نيتي.

التعميم: على سبيل المثال: طالما أخطأت في التعامل مع هذا الرجل فلن أنجح مع أي شخص.

التقليل من الإنجازات والإيجابيات: وماذا إن كنت قد حصلت على 98% في الثانوية العامة. هناك من حصل على أكثر وعمومًا هذا لا يثبت أني سأنجح في حياتي العملية.

المسؤولية الشخصية المبالغ فيها: هؤلاء البشر حولي تعساء لأنى أنكد عليهم، أنا مصدر كآباتهم.

نظرة النقيضان: الأبيض والأسود مثلًا: بعض الناس لا يستلطفونني إذن أنا ثقيل الدم. أو: لم أوفق في هذه الطبخة إذن أنا ربة منزل فاشلة ولا لزوم لي.

توقع الأسوأ: سأفشل في المهمة التي كلفني بها مديري.

التعامل مع الاكتئاب لمنع الانتكاسة

للمضي قُدمًا في حياة التعافي والخروج من السلوكيات الإدمانية ومواجهة الاكتئاب، لابد أن ندرك أن الاكتئاب شعور مزعج لا يمكن التغلب عليه أو التعامل معه بقرار إرادي مباشر. لكن ينبغي أن

تتذكر الحقائق عن الاكتئاب ونتعامل معه سلوكيًّا بتعاملات محددة وشاملة وربما بالدواء.

أولًا: حقائق عن الاكتئاب ينبغي تذكرها:

الاكتئاب شعور مزعج لكنه يزول من تلقاء ذاته أو يخفت مع الوقت ولا يظل قائمًا إلى ما لا نهاية.

ونذكر ثانية بقول الفيلسوف الفارسي جلال الدين الرومي: «كل إحساس وشعور هو ضيف يجب قبوله والترحاب به. بعض الضيوف لطفاء وكرماء ومبهجون، وبعضهم ثقلاء وسخفاء. لكن في كل الأحوال هم ضيوف سيأخذون واجب الضيافة ويمضون إلى حال سبيلهم»

الاكتئاب قد يدفعنا لسلوك إيحابي. سواء في انسحاب أو في مواجهة.

الاكتئاب الخلَّاق أو الإبداعي هو ماينتاب الفنانين عندما يطاردون فكرة عمل فني، ولا يستطيعون التعبير عنها بعد. كما لو كان مخاض الولادة. ويحدث مثل هذا مع العلماء حينما ينشغلون بمشكلة علمية، ويكدِّون في البحث عن إجابة عنها. وكذا الأدباء بل ومع رجال الأعمال الخلَّاقين والصنايعية، الذين يهتمون بكيفية التغلب على صعوبة ما في صنعتهم.

الاكتئاب في حد ذاته لا يؤثر على الإنتاجية. إن ذاكرت وأنت مكتئب ستجد صعوبة في التركيز وفي التغلب على بطء التفكير، ولكن في النهاية ستستذكر ما يقرب من استذكارك المعتاد. وإن قابلت الناس وأنت مكتئب لكن تعاملت معهم باحترام باذلًا جهدًا في تفهمهم والتواصل معهم حتى بمزاج مكتئب، فسيحترمونك ويشعرون بآلامك. الانسحاب والتوقف عن العمل أو الابتعاد عن الناس وتجنبهم بسبب الاكتئاب هو الذي يؤثر قطعًا على الأداء.

طالما شعرت بالاكتئاب فاحتمال تأثيره على صحتك البدنية يكاد يكون معدومًا. لكن الكبت وهو آلية غير شعورية فيها نهرب من مشاعرنا المؤلمة أو المزعجة، هو ما يسبب ضعف المناعة أو الروماتويد وغيرها.

لا تحزن أنك مكتئب. الاكتئاب أيضًا لا يعني أنك ضعيف الشخصية أو «نكدي». قوي الشخصية ليس هو مَنْ لا يكتئب، ولكنه مَنْ لا يسمح للاكتئاب أن يدفعه لسلوك سلبي، هو غير مقتنع به.

الاكتئاب لا يعني أنك ضعيف الإيمان. وليس المؤمن الروحاني هو مَنْ لا يحزن، بل هو القادر على أن يُسلِّم حزنه لله كما يفهمه، ويستلهم القوة من خلال الصلاة والدعاء والقراءة والمشاركة. وهو مَنْ يدرك أن قوته الأعظم منه - القادرة أن ترد إلى الصواب - لا تفارقه وقت الاكتئاب. بل قد اكتأب الأنبياء والمرسلون والقديسون وأولياء الله الصالحون لحال أمتهم مثلًا، أو ندمًا على معصيتهم وتقصيرهم. ولكنهم جميعًا عاشوا هذا الحزن الشريف بدون أن يتخلوا عن علاقتهم بربهم.

ثانيًا: المهارات المخصوصة في التعامل مع الاكتئاب

الحركة والرياضة: نحن لا نستطيع التحكم مباشرة في عدم رغبتنا في الحركة أو في خمولنا، ولكننا نستطيع أن نتحرك ونمارس الرياضة بالرغم من عدم وجود رغبة داخلنا. «نمشي عكس مشاعرنا» ونتصرف «عكس دماغنا». وفي مرات كثيرة تنشأ الرغبة أو يتحسم الاكتئاب بسبب الحركة أو الرقص أو الرياضة حتى لو بدأنا كل هذا بفتور أو حتى نفور.

تمارين الاسترخاء: قد تكون مفيدة في حالة الاكتئاب المتهيج، لكن في معظم الحالات قد لا تفيد في التغلب على الخمول والكسل.

إرشادات للمدرب أو المشير أو المعالج:

كيفية عمل جدول الأنشطة الأسبوعية

جدول الأنشطة الأسبوعية واتزان الحياة:

الطبيعي أن يمارس الإنسان أنشطة يستمتع بها ويقتنع بأهميتها مثل: القراءة أو الرياضة أو الصلاة أو العمل (أحيانا!). وطبيعي أيضًا أن يمارس أنشطة أخرى قد لا يستمتع بها، ولكنه مقتنع بفائدتها أو قيمتها كأن أزور عمي المريض، وأشعر أن هذا واجب ضروري، وتعبير عن امتناني لما قد فعله لأجلي، لكني أشعر بالملل أثناء الزيارة ولا أستمتع بها. وقد أستمتع بأكل الآيس كريم لكني غير مقتنع. وهناك أيضًا ما أقوم به دونما أي استمتاع ولا اقتناع: كمشاهدة برنامج سخيف وتافه في التلفزيون. اتزان الحياة يتضمن أن يضم جدول أنشطتي الأسبوعية كل أنواع الأنشطة الممتعة التي اقتنع بها، وكذلك الأنشطة غير الممتعة لي، ولكني مقتنع بفائدتها وقيمتها. حتى في الاكتئاب هناك أنشطة يفضلها المكتئب ولو قليلًا عن غيرها.

ساعة الاكتئاب والتعامل مع أفكار الاكتئاب

خصِّص ساعة في اليوم للاكتئاب ولتحليل أفكار الاكتئاب. كلما خطرت في بالك فكرة تثير داخلك الشعور بالاكتئاب قل لنفسك سأؤجل هذه الفكرة للساعة الفلانية. لا تختار ساعة قريبة من موعد نومك ولا ساعة تكون فيها مرهقًا وتركيزك ضعيف. وخصِّص كشكولًا لتحليل أفكار الاكتئاب. في ساعة الاكتئاب خصص لكل فكرة اكتئاب صفحتين.اكتب الفكرة المصاحبة للاكتئاب على رأس الصفحة اليمنى. مثلًا أنا فاشل في علاقاتي كلها. أو لن أنجح أبدًا في عمل أي شيء مفيد.

ثم حللها من خلال ٦ أسئلة:

ما الأدلة التي تتوافق مع هذه الفكرة؟ مثلًا: علاقاتي مع أهلي صارت سيئة جدًا ولم يعودوا يثقوا في. أمي نفسها دعت عليَّ بالموت. علاقاتي مع الجنس الآخر كلها انتهت بالانفصال أو الخيانة من طرفي أو من الطرف الآخر.

خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقًا، فتكتبها في المساحة الخالية.

ما الأدلة المضادة لهذه الفكرة مثلًا: قبل أن أتعاطي مخدرات لم أكن أهتم بمشاعر الناس ولا مصلحتهم، واليوم صرت أتعلم كيف أهتم وأنصت وأشارك.

خصِّص لإجابة هذا السؤال أيضًا ثُلث صفحة.

لماذا قد أفكر هكذا بالرغم من عدم وجود أدلة منطقية؟ أي ما الأسباب غير الواعية لهذه الفكرة؟ مثلًا: علاقاتي فشلت بسبب المخدرات، واليوم مع كل يوم تعافي أصير أقرب لعلاقات صادقة

وقريبة.

ومرة أخرى خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقًا، فتكتبها في المساحة الخالية.

سؤال العصا السحرية: ماذا لو اختفت هذه الفكرة من ذهنك كما لو كان بقوة عصا سحرية. كيف ستشعر؟ كيف ستتصرف؟ الإجابة قد تكون مثلًا: سأشعر بمزيد من الثقة في بناء علاقات جديدة، ومحاولة استرداد العلاقات القديمة. أو ربما أشعر بالاستهتار ولا أذكر من أين أتيت ويصيبني الغرور. خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث الصفحة المتبقي.

الأفعال الإيجابية: ما الأفعال المفيدة في مواجهة هذه الفكرة؟ الإجابة قد تتضمن: أركز في برنامج التعافي، وأشارك مع مشرفي أو مع متعافين آخرين، أو أخرج مع أعضاء الزمالة إلى الكافيه أو السينما، أو أنضم لمجموعة دراسة دينية أتعرف فيها على أشخاص جدد. خصِّص لإجابة هذا السؤال ثُلث صفحة. أجب قدر ما تستطيع. واترك باقي ثُلث الصفحة خاليًا مؤقتًا لعلك تتذكر إجابات أخرى لاحقًا، فتكتبها في المساحة الخالية.

ملاحظات أخرى: مثلًا حاولت بناء علاقات لكني كنت دائم الانحصار في الماضي، وتراودني فكرة أني أَهْذي في الكلام أو أعجز عن التعبير عن نفسي (باقول كلام ملخبط ومش عارف أتكلم). ولما سألت متعافين آخرين قالوا لي إن هذه الأفكار والهواجس تراود كثيرًا من المدمنين المتعافين لكن في الواقع أنا أتكلم اليوم بصورة معقولة جدًا.

فيما يلي مثال على تقسيم الصفحتين المتقابلتين:

الفكرة:	**العصا السحرية:**
الأدلة مع:	
الأدلة ضد:	**الأفعال الإيجابية:**
لماذا أفكر هكذا؟	**ملاحظات أخرى:**

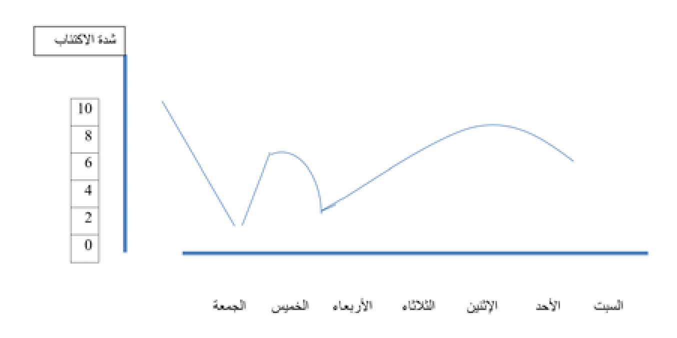
منحنى الاكتئاب ومذكرات الاكتئاب

هي شبيهة بمنحنى ومُذكِّرات الرغبة في التعاطي المذكورة في درس المقدمة، لكن الهدف منها إدراك أن الاكتئاب شعور يزيد ويقل ويزول أحيانا، ولمعرفة ما الأحداث أو الأفكار التي تؤثر سلبًا في الاكتئاب وكيف يمكن تحسين تعاملك معها.

يمكنك متابعة هذا من خلال رسم بياني تقوم به كل أسبوع وتتابع فيه مشاعرك وأفكارك، في كل يوم تمُرُّ به. بعض الأيام ستكون فيها شدة الاكتئاب ضعيفة بقوة 2/10 مثلًا كما أنها قد تدوم في هذه الأيام دقائق قليلة، أو تكتئب قليلًا ثم يختفي الاكتئاب سريعًا، وقد لا تحدث إلا مرة واحدة في اليوم. وفي أيام أخرى قد تصل شدة الاكتئاب إلى درجة عالية جدًا 9/10 مثلًا. غالبًا ما يكون هناك سبب لزيادة الاكتئاب مع أنه أحيانا قد لا يكون واضحًا أو صريحًا وقد لا تلاحظه. كما قد تختلف طريقة تعاملك من يوم لآخر. ومن المهم أن تلاحظ وترصد الأفكار التي قد تخطر ببالك، أو

ذكرى تتذكرها، أو قول يقوله لك أحد الناس، أو تقرأ خبرًا أو تشاهد مشهداً في التلفاز أو الإنترنت وهكذا. كما من المهم أن ترصد ما الطرق التي استخدمتها للتعامل مع الاكتئاب.

نبين هنا مثال لرسم بياني للاكتئاب وتحته ملاحظات:



ملاحظات: ما الأفكار التي خطرت في بالك ؟ كيف تصرفت ؟ دروس للمستقبل

وربما تفضل كتابة مذكرات الاكتئاب أسبوعيا كما يلي:

التوقيت: **اليوم:** **من الساعة:** **إلى الساعة:**	**درجة شدة الاكتئاب**	**ماهي الأفكار التي خطرت** **في بالك وقتها**	**كيف تصرفت؟**	**دروس للمستقبل**	**ملاحظات أخرى**

ثالثًا: المهارات العامة في التعامل مع الاكتئاب

طرق التعامل الشاملة مع القلق والاكتئاب والغضب والضغوط عمومًا تتضمن:

الدعاء والصلاة: بعض منَّا يعرف كيف يستلهم من الصلاة قوة، وآخرون يشعرون أن الصلاة عبء أو مصدر للشعور بالذنب أوالتقصير. لكن القدرة على استقبال قوة من ممارسة الروحانيات مصدر للقدرة على التعامل مع الضغوط عمومًا.

التأمل والقراءة: يتضمن تعبير التأمل هذا مدلولين متمايزين: أولهما الاختلاء والصمت والتأمل الداخلي بأشكاله المختلفة، أو مع الاستماع لموسيقى هادئة. بينما يتضمن الثاني: قراءة قراءات محددة كل يوم حول حكمة متصلة بالتعافي، والممارستان المختلفتان للتأمل تساعدان في مواجهة الاكتئاب وكل الضغوط أيضًا.

المشاركة: الكلام مع شخص تثق فيه ولديه قدرة على الإنصات والتفهم والمُوَاجَدَة، تساعد على التنفيس عن الضغوط والشعور بأنك لست وحيدًا أو غريبًا عن باقي البشر.

الرياضة: المشي أو الهرولة (Jogging) أو الرياضة التي تتطلب جهدًا أكثرمثل قاعات الرياضة الجماعية (الجيم). وبعض الناس أَمْيَل للرياضة، وآخرون أَمْيَل للكلام، ومجموعة ثالثة تجمع بين الاثنين.

اتزان الحياة: الاتزان بين الضغوط وطرق التعامل معها وبين الأنشطة التي أحبها وتعطيني متعة، والأنشطة الواجب عليّ عملها، والاتزان بين مايدور في داخل النفس وبين مايحدث بين الشخص والآخرين. هذا التوازن (وسنشرح هذا في درس لاحقًا).

الفن أو الشعر أو الموسيقى: ممارسة أي شكل من الفن مثل الرسم أو النحت أو الكتابة الأدبية مثل الشعر والزجل

كتابة المُذكِّرات: فعل الكتابة على الورق في كشكول هو في حد ذاته يشغل مناطق من المخ تساعد على احتواء الضغوط بكافة أشكالها.

أخذ حمام دافئ أو دش وتناول المشروبات الطبيعية المهدئة «كالنعناع– الينسون– الكركديه: الطرق التقليدية في تحقيق قدر من الهدوء والاسترخاء يعاون أيضًا على التعامل مع كل الضغوط.

رابعًا: الأدوية والعلاج الطبي

هناك اليوم قائمة طويلة من الأدوية النافعة والوسائل الفيزيائية في علاج الاكتئاب وكلها لا تسبب إدمان، حيث إنها لا تحرك مركز المجازاة أو اللذة في المخ. لكن ينبغي أن نؤكد على عدم استخدامها إلا بأمر طبيب نفسي على خبرة في التعامل مع السلوكيات الإدمانية، كما ينبغي متابعته بعد وصف الدواء وعدم زيادة الجرعة أو تقليلها أو وقفها إلا بتعليمات الطبيب.

مضادات الاكتئاب من الجيل الجديد وأبرزها مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) مثل السيبرام أو السيبرالكس (Escitalopram & Citalopram) أو السيروكسات) Paroxetine) واللوسترال أو المودابكس Lustral or Moodapex (Sertraline) و هي علاج فعَّال لكن لا تأتي بنتيجة إلا بعد من 4 إلى 6 أسابيع. وربما نحتاج إلى تغيير الدواء حتى نجد الدواء الذي تستجيب له.

مضادات الاكتئاب المثبطة لاستعادة السيروتونين والنورادرينالين Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors مثل الايفكسور Effexor (Venlafaxine) .

مضادات اكتئاب جديدة أخرى مثل الريميرون(Mirtazepine (Remeron و الأنسباجو Inspago .

مضادات الاكتئاب التقليدية مثل الآنافرانيل (Clomipramine (Anafranil تربتزول Tryptizol (Amytryptelene).

بعض منظمات المزاج خاصة اللاميكتال Lamictal (Lamotrogine) والبريانيل Prianil Lithium)) تفيد جدًا في علاج والوقاية من الاكتئاب الجسيم المقاوم للعلاجات الأخرى ولنوبات الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطبية.

العلاج بالصدمات الكهربائية أو الجلسات المنظمة لإيقاع المخ وهو عكس ما يشاع عنه علاج آمن

جدًا، وليست له آثار جانبية تذكر وغير مؤلم. ويفيد خاصة في الاكتئاب الذي يصاحبه بطء شديد في الحركة وجمود، والاكتئاب المصاحب برغبة في الانتحار مقاومة للعلاجات الأخرى.

ملاحظات على أنواع الاكتئاب

طرق التعامل مع الاكتئاب المذكورة هنا تصلح لكافة أنواع الاكتئاب: الاكتئاب الجسيم ونوبات الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطبية وتعكر المزاج.

تمارين الاسترخاء تفيد جدًا في علاج الاكتئاب المتهيج، أي المصحوب بحركة سريعة وقدر من الغضب على النفس أو الآخرين.

واجب منزلي

قم بممارسة أي رياضة من المشي للهرولة إلى كرة القدم أو السباحة مدة نصف ساعة 3 مرات أسبوعيًا، واكتب كيف شعرت بعدها.

قم بعمل منحنى للقلق للأسبوع المقبل (حتى القلق الطبيعي) وقم بعمل مذكرات القلق أيضًا؟

اذكر فترة من حياتك شعرت فيها بحزن أو يأس أو اكتئاب شديد. واكتب 3 من الأفكار التي كانت تخطر في بالك وقتها. وقم بتحليل الأفكار باستخدام الست أسئلة التي ذكرناها.

الدرس السابع

الغضب والإدمان

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس السادس، وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلِّق عليه. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس السادس.

ابدأ بالأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك، وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى، معظم هذه الإجابات سليمة أو تعبر عن جانب من الموضوع. قدِّم تعريف الغضب وصلته بالإدمان. ثم اشرح تعريف الغضب ومسبباته وصلته بالإدمان فيما لا يزيد عن20 دقيقة تبدأ بالأسئلة التفاعلية. كل مدة الفقرة الأولى بالأسئلة منهم ومنك 30 دقيقة.

أسئلة تفاعلية

ما الغضب؟ عندما نذكر كلمة الغضب ماذا يخطر في بالك؟ مامعنى هذه الكلمة في رأيك؟

هل هناك صلة بين الغضب والإدمان؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك، أي وضح ما الصلة أو اشرح لماذا لا توجد صلة؟.

لماذا قد يشعر المدمن بالغضب؟ ما أسباب الغضب لدى المدمن النَّشِط؟

ما أسباب الغضب لدى المدمن المنقطع عن التعاطي؟

اقتراح للمدرس/المعالج أكتب على الورق القلاب (الفليب شارت) أو السبورة كل إجاباتهم.

تعريف الغضب:

هو شعور مزعج نتيجة الاعتقاد بأن حق مَنْ يشعر بالغضب قد سُلِب منه، أو أنه تم الاعتداء عليه معنويًّا أو ماديًّا. الغضب هو شعور بعدم الرضا تجاه شخص أو شيء، ترافقه رغبة في محاولة إزالة أسباب عدم الرضا.

الغضب ميل فطري يواجه به الإنسان أشياء أو أشخاصًا لا يستريح إليهم ولا يقبلهم، والأمور التي قد يعيقه عن تحقيق أهدافه. فيحاول إزالة تلك العوائق.

الغضب هو شعور شائع بين كل الناس، وهو يتواجد في أي شخصية؛ خجولة منطوية كانت أو منفتحة. الغضب يوجد أيضًا بين المدققين وبين المتساهلين. بين الرجال وبين النساء. بين الكبار والصغار. وفي قلب كل إنسان عاش ويعيش على وجه الأرض. ولأننا أشخاص غير كاملين نحيا في عالم غير كامل، يراودنا هذا الشعور بطريقة منتظمة ودائمة.

الغضب شعور إنساني مشروع

الغضب في الأساس عاطفة وشعور. وليست شرًا ولا خيرًا في حد ذاتها. فالغضب في أساسه ليس

سلوكًا. لكنَّه إن تحوَّل من مجرد عاطفة إلى سلوك، هنا يكون صوابًا أو خطأ بناءً على التصرف الناتج عنه.

إذا تم التعبير عن الغضب بطريقة سليمة، يكون الأمر جيدًا. ولكن إن تم التعبير عنه بطريقة خاطئة، يصبح في غاية الخطورة والتدمير.

إذن، فمن المهم جدًا التعلم، كيف نقبل حقيقة ثابتة هي: «أن الغضب هو شعور إنساني مشروع».

مسببات الغضب

هناك ثلاثة جذور أساسية، عندما يتم المساس بها تقود إلى الغضب (القيمة - الاحتياجات - المعتقدات.)

أولًا: الغضب كرد فعل للمحافظة على قيمة الإنسان الأساسية:

يشعر الإنسان بالغضب عندما تُنتقص من قيمته أو كرامته. حيث تصله رسائل مثيرة للغضب محتواها أن كرامتك وقيمتك كإنسان في خطر. عادة ما يصبح الإنسان شديد الحساسية للإهانة إذا ما تعرض وهو طفل إلى خبرات أو كلمات زرعت في كيانه شعورًا عميقًا بعدم القيمة. والرفض أو الإهمال أو الاعتداء الذي قد نكون تعرضنا إليه في الطفولة، يجعلنا حساسين أكثر مما ينبغي لأي ما يبدو من بعيد أو من قريب شبيهًا بالرفض أو بالانتقاص من القيمة.

ثانيًا: الغضب كرد فعل للمحافظة على احتياجات الإنسان الأساسية:

هناك احتياجات أساسية للإنسان يجب أن تسدد، كي يحيا حياة نفسية سوية. عندما لا تُسدد تلك الاحتياجات نشعر بالجرح والإساءة وبالتالي الغضب. الشخص الغاضب يشير إلى غضبه برد فعله الغاضب، وهو متعب لعدم حصوله على احتياجاته الأساسية في الحياة، فيكون الغضب الناتج بمثابة رسالة موجهة للجميع يود أن يقول بها «ألا يشعر أحد بي؟.»

في كثير من الأحيان يكون الغضب مشروعًا، لأنه ناتج عن عدم تسديد احتياجات حقيقية.

وفي أحيان أخرى يكون الغضب في غير محله أو مبالغًا فيه، وذلك عندما ينشأ كرد فعل لعدم تحقيق مطالب أنانية. إن وجود احتياجات أو توقعات غير واقعية من نفسي أو من الآخرين والسعي لتحقيقها، قد يكون سببًا من أسباب الغضب.

ثالثًا: الغضب كرد فعل للمحافظة على معتقدات الإنسان الأساسية:

في كثير من الأحيان نغضب بسبب أمور عامة لا علاقة مباشرة لها بقيمتنا كأفراد أو باحتياجاتنا الأساسية. كمن يغضب بسبب التهاون في تطبيق القانون، أو بسبب التعدي على معتقداته الدينية، أو بسبب الظلم الاجتماعي، أو بسبب الروتين المترهل في المصالح الحكومية مثلًا.

من الطبيعي أن يغضب أي إنسان بسبب تلك الأمور، لكن البعض يثور أكثر من غيره، ويكون أقل قدرة على التحكم في غضبه.

الغضب والإدمان

ضعف القدرة على التعامل مع الغضب قد يكون من أسباب تجربة التعاطي أو التورط في السلوك الإدماني؛ للهرب من هذا الشعور أو تهدئته ولو مؤقتًا.

من أسباب غضب المدمن النَّشِط:

إعاقة وصوله للمخدر أو حرمانه من سلوكه الإدماني.

وأيضًا غضبه ليداري أنه «انكشف» أو لأنه يعتقد أنه لا يمكن أن ينكشف، وأنه قد اتخذ سبلاً كافية تمنع اكتشاف سلوكه الإدماني؛ ولذا يثور لو تم كشف هذا السلوك فعلًا.

ثم هناك ثورات الغضب عندما يشك الآخرون في واقعة محددة، يظنون فيها أنه قد عاد للتعاطي مثلًا، وهو في هذه الواقعة بالذات لم يتعاطَ. علمًا بأنه من الممكن أن يكون قد تعاطى في وقائع أخرى.

وطبعًا قد يكون قد تعاطى بالفعل كما ذكرنا، ويغضب في تمثيلية محبكة ثم يهدد: شككم في هذا سيدفعني فعلًا للتعاطي.

ومن جهة أخرى تحت تأثير المخدر أو في أعراض الانسحاب، يكون المدمن شديد الحساسية لما قد يثير الغضب.

وهناك غضب المدمن من نفسه وسلوكه الإدماني الذي يجعله غاضبًا من الآخرين. أي يُسقط غضبه من نفسه على الآخرين.

أما المدمن المتعافي فقد يتعرض للغضب بسبب:

غضبه من نفسه بسبب ما أضاعه في فترات التعاطي.

غضبه من الوصم والمقاطعة وشك الآخرين فيه.

توقعه غير الواقعي أن يعود إلى الصحة والسعادة والاتزان بسرعة.

توقعه غير الواقعي أن يعامله الآخرين بثقة واحترام، وينسوا كل ما عانوه منه أثناء تعاطيه.

تذكُّر المتعافي للإساءات أو الاعتداءات التي قد يكون عانى منها في طفولته وصباه، وكان أثناء تعاطيه النَّشط قد نساها أو تناساها.

الرغبة في التعاطي وضعف كفاءته في التعامل معها.

عجزه عن توكيد حقوقه وإحساسه أنه قد يظلم.

الشك والتوجس كآثار جانبية طويلة المدى لبعض المواد خاصة الخمور والكوكايين والمنشطات.

اعتياده منذ فترة إدمانه النَّشِط على ردود الفعل الغاضبة في أي موقف صعب.

وفي النهاية قد يؤدي ضعف القدرة على التعامل مع الشعور بالغضب إلى الانتكاس.

أسئلة تفاعلية

1.اذكر موقفًا شعرت فيه بالغضب، لكن تصرفت بطريقة أنت راضٍ عنها الآن. ماذا ساعدك على هذا التصرف؟

من مظاهر النضوج النفسي الوصول إلى حالة من الاتزان تجعلنا نعرف كيف:

نُعبِّرعن عدم رضانا عن موقف ما، ونقف بشدة بجانب الحق. دون عنف أو تعدي على حقوق الآخرين.

نقبل ضعف الآخرين والنقص الموجود في هذا العالم، وفي ذات الوقت نحترم البشر لكونهم بشرًا، رغم خطاياهم وأخطائهم.

تحويل غضبنا لطاقة تساعدنا على عمل شيء إيجابي بمثابرة وتواضع.

عندما نفهم طبيعة مشاعرنا ومصادرها والطرق المختلفة للتعامل معها، وندرب أنفسنا على أن نكون مسؤولين عن تلك المشاعر وعن طرق التعامل معها. تتوقف مشاعرنا عن السيطرة علينا، ونمارس نحن السيطرة عليها أي إدارتها. حينئذ نتوقف عن أن نكون أسرى للغضب المدمر أو الكبت الذي يسمم النفس والجسد.

نحن مسؤولون عن اختيار طريقة غضبنا:

نحن لسنا مسؤولين عن تواجد المشاعر لدينا، لكننا بالطبع مسؤولون عن التعامل معها عندما تتواجد. بكلمات أخرى يمكننا التمتع بالهدوء والاستقرار، حتى ولو لم يكن العالم الذي نعيش فيه مستقرًا.

طرق التعامل مع الغضب

أي شخص يمكن أن يغضب، وذلك أمر سهل. ولكن أن تغضب من الشخص المناسب في الوقت المناسب وللسبب المناسب وبالشكل المناسب، فهذا ما ليس سهلًا. (أرسطو).

لا يوجد شخصان متماثلان تمامًا من جهة التعامل مع الغضب. فالشخصيات والأمزجة البشرية وكذا الظروف كلها مختلفة ومتباينة. ولكن يمكننا تمييز عدة طرق شائعة للتعامل مع الغضب:

طرق التعبير غير الصحية عن الغضب

١- كبت الغضب أو قمعه

الكبت آلية دفاعية نقوم بها بدون وعي. كأن يحدث ما يغضبنا لكننا «لا نشعر بالغضب»، بل نكبته داخل اللاشعور وننساه أو نتناساه. اعتاد الكثير من الناس على كبت غضبهم وعدم التعبير عنه، بل عدم ملاحظته أصلًا. وأخرون عندما يحدث موقف يثير غضبهم يكتمون غيظهم، ويلبسون أمام الناس واجهة صلبة من عدم التأثر. وأحيانًا لا يعترفون حتى لأنفسهم بأنهم غاضبون، حتى أنهم بمرور الوقت يفقدون الإحساس بالغضب تمامًا، ويتحول القمع الواعي إلى كبت لاشعوري.

لماذا يكبت الناس مشاعرهم؟

- الخوف من رموز السلطة القاسية المعاقبة.

- لم يتعلموا منذ الطفولة التعبير عن مشاعرهم.

- اقتنعوا بأنه لا فائدة من التعبير عن مشاعرهم نتيجة للإحباطات المتكررة.

- اعتقدوا بأن الدين أو الروحانية تتعارض مع أي تعبير عن الغضب.

- يخافون بصورة مبالغ فيها على صورتهم، ولا تروقهم صورة الإنسان الغاضب.

أضرار كبت الغضب:

يتفق أغلب المشيرين والأطباء النفسيين على أن الغضب المكبوت لا يتلاشى بل يتزايد مع الوقت. فيأكل الإنسان من الداخل دون أن يدري، ويؤدي إلى أعراض منها:

الاكتئاب.

عدم الثقة بالنفس.

الشك.

٢- العنف الظاهر:

يربط معظم الناس بين الغضب والعنف الظاهر وكأن الغضب لا بد وأن يكون:

انفجارات عنف جسدي.

ثورة وصياح.

تهديدًا ووعيدًا.

كما يمكن للعنف أن يأخذ صورًا أخرى:

اللوم وإلقاء الذنب على الآخرين.

الكلام بنفاذ صبر وحدِّة.

النقد الجارح.

الخصومات والمشاحنات.

السخرية من الآخرين.

ينبع العنف الظاهر من تركيز الإنسان على احتياجاته بصورة مبالغ فيها وعدم إحساسه بالأخرين.

٣- العنف السلبي

بعض الناس مصممون على ألَّا يقوموا بعنف ظاهر؛ لأنهم لاحظوا بأنه يخلق جوًا من المشاكل وعدم الاحترام، لذلك هم يرفضون الانفجار، لئلا يقعوا في دائرة العنف الظاهر. وذلك يجعلهم

عُرضة لكبت الغضب أو الوقوع في دائرة العنف السلبي. العنف السلبي وسيلة من وسائل التعبير عن الغضب ولكن بصورة غير مباشرة. في حالة العنف السلبي يعرف الإنسان بأنه غاضب، ويعرف ممَّنْ هو غاضب ولكنَّه لا يريد أن يغامر بالمواجهة، بعكس الكبت الذي فيه كم كبير من الإنكار.

يتولد العنف السلبي نتيجة الرغبة في السيطرة على الآخر، أو توجيه العنف له دون مواجهة أو دون مغامرة التعرض للمساءلة. الشخص الذي يمارس العنف السلبي قد يتفاخر بقدرته على إيذاء الآخرين، دون أن يتيح لهم معرفة أنه هو المتسبب فيما أصابهم. ويحسب ذلك مهارة.

أمثلة عن العنف السلبي:

التشهير بالآخرين والكلام عنهم بشكل سلبي.

اختلاق أكاذيب تسيء إلى الآخرين وتشوِّه سمعتهم.

الكلام السلبي عن أشخاص يضايقوننا، وتشويه صورهم أمام الآخرين.

التجاهل أو الكلام المُنمَّق المجامل الخالي من أي شعور صادق أو تفاعل حقيقي.

الطرق الصحية للتعبير عن الغضب:

توكيد الحقوق:

إذا كان تعريف الغضب على أنه رد فعل يعمل على الحفاظ على قيمة الإنسان واحتياجاته ومعتقداته، فالغضب الصحي معناه أن يتمكن الإنسان من الحفاظ على قيمته واحتياجاته ومعتقداته مع الحفاظ على قيمة واحتياجات الآخرين (بدون كبت أو عنف.)

توكيد الحقوق يعني أن تعرف أن تقول (لا) بدون أن تشعر بالذنب.

هو أن تعرف أن تطالب بحقك بلا خنوع وبلا عدوان على حق الآخرين.

أن تستطيع التعبير عن عدم موافقتك بدون أن تغضب.

أمثلة للتعبير الصحي عن الغضب

مصارحة أبي أو أمي بأنني قد غضبت من تصرف معين، قاما به نحوي.

مصارحة زميل/ صديق بأن ما قام به من تصرف قد ضايقني، وأنني لا أقبل تلك الطريقة في التعامل.

واجب منزلي

الأسرة وجذور الغضب:

كي نفهم سلوكنا تجاه الغضب وكيفية تعاملنا. نحتاج للعودة إلى الوراء قليلًا لنتعرف على ما تعلمناه

عن الغضب من الأسرة التي نشأنا فيها.

أجب على الأسئلة التالية بينك وبين نفسك ثم شاركها مع شخص تثق فيه بعد هذا الدرس.

كان التعبير عن الغضب في أسرتي يعتبر:

أمرًا محرمًا.

....

علامة على الضعف.

....

أمر مسموح به للكبار فقط.

....

كان مبالغًا فيه ويصحبه عنف وتدمير.

....

كانت أمي تعبِّر عن غضبها كالتالي:

....

كان أبي يعبِّر عن غضبه كالتالي:

....

عندما كنت طفلًا كنت أُعبِّر عن غضبي كالتالي:

....

كان رد فعل أبي وأمي لغضبي كالتالي:

....

كيف أثرَّت طريقة أفراد أسرتك في التعامل مع الغضب على سلوكك اليوم؟

ارصد طوال الأسبوع المرات التي شعرت فيها بالغضب، وأسببها، وكيف تصرفت فيها، والدروس المستفادة منها للمستقبل.

التوقيت: اليوم	شدة الغضب (درجة من ١٠)	ما لذي أثارالغضب؟	كيف تصرفت؟	دروس للمستقبل

الدرس الثامن

توكيد الحقوق

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس السابع، وانظر بشكل سريع في بعض منها، وعلِّق عليها. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس السابع.

ابدأ بتعريف التوكيدية في مقابل السلبية والعدوانية. ثم الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك، وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى معظم هذه الإجابات سليمة أو تُعبِّر عن جانب من الموضوع. اشرح الصلة بين التوكيدية والسلوك الإدماني. كل هذا فيما لا يزيد عن نصف ساعة. قم بعمل التدريب المذكور في نهاية الجزء الأول من هذا الدرس.

التوكيدية هي أن نعرف ما حقوقنا ، وكيف نطالب بها بشكل صحيح. وفي نفس الوقت أن ندرك حقوق الآخرين

ونحترمها حتى ونحن نطالب بحقوقنا. في التوكيدية نحترم الآخرين، و نحترم أنفسنا.

تعريف التوكيدية: هي أن تأخذ حقوقك بدون أن تعتدي على حقوق الآخرين.

الموقف السلبي والموقف العدواني والموقف التوكيدي

من جهة الحقوق الشخصية هناك ثلاث مواقف:

السلبية أوالخنوع: تعني أن تترك حقوقك بسبب الخوف من الناس أومن المواجهة، والسماح للآخرين بالتعدي على حقوقك أو سلبها. هي ألا تفعل شيئًا لتأكيد حقوقك الشخصية. أو تضع الآخرين أولًا على حساب نفسك. أو تستسلم لما يريده الآخرون بدون داعٍ حقيقي. وتتضمن أن تصمت أو تنسحب عندما يضايقك شيء ما. وفيها تعتذر كثيرًا.

العدوانية: هي التعدي على حقوق الآخرين، بما فيها أخذ حقك بطريقة لا تحترم حقوق الآخرين. قد تتمسك فيها بحقوقك دون مراعاة حقوق غيرك. وعندما تكون عدوانيًّا تضع نفسك أولًا على حساب الأخرين. وتسعى لأن تسيطر على الآخرين. تسعى لأن تحقق أهدافك الخاصة حتى على حساب الأخرين.

التوكيدية: هي التعبير عن الحقوق وتوكيدها بشكل لا تتعدى فيه على حقوق الأخر.

التوكيدية تتضمن أن تعرف أن تقول «لا» بدون أن تشعر بالذنب. وأن تعرف أن تطالب بحقك بلا خنوع وبلا عدوان على حق الآخرين. هي أن تستطيع أن تُعبِّر عن عدم موافقتك بدون أن تغضب بلا داعٍ، وأن تعرف أن تغضب بدون أن تعتدي على حقوق أو كرامة الآخرين. هي أن تتمسك بحقوقكَ دون إغفال لحقوق الآخرين. وفيها تحترم نفسك والآخرين. تنصت وتتكلم. وفيها تُعبِّر عن مشاعرك سلبية كانت أم إيجابية.

حقوق يصعب على كثيرين التمسك بها

كثير من الناس يجدون صعوبة في التوكيدية لسان حالهم القول:

من الصعب أن أقول لا لو طلب أحد مني شيئًا.

من الصعب أن أعبِّر عن عدم اقتناعي بكلام شخص ما.

من الصعب أن أعبِّر عن ضيقي من أحد.

من الصعب أن أدافع عن نفسي لو اتُهمتُ.

من الصعب أن أعبِّر عن رأيي.

أسئلة تفاعلية

1. في رأيك ما الحقوق الأساسية لأي إنسان ؟
2. هل تنطبق كل هذه الحقوق على المدمن النَّشِط؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

حقوق الإنسان الأساسية وما ليس من حقوقه

تتضمن الحق في الحياة والصحة والمعرفة، والحق في العمل، والحق في أن يكون لك رأي، وأن تُعبِّر عنه حتى لو اختلف عن آراء كل مَنْ حولك. والحق في مشاعرك الخاصة. وفي الكرامة والمعاملة اللائقة. الحق في معتقداتك الخاصة، وفي ممارسة عقائدك وإيمانك.

لكن هذه لا تتضمن الثقة. فالثقة تُكْتَسَب بالسلوك والخبرة. قد تثق في معالجك أن يقدم لك المشورة والاقتراحات وأنه سينصت إليك. ذلك لأنه درس وله خبرة جيدة في تقديم المشورة ومهارة في الإنصات. لكن لو قال لك سأقوم بإجراء عملية استئصال اللوز لك، فلن تثق فيه. لماذا؟ لأنه لم يكتسب الحق في هذه الثقة حيث لم يدرس أن يتدرب على جراحة الأنف والأذن والحنجرة. ولا تتضمن الحقوق أن تعمل في ما يخطر على بالك إن لم تكن مؤهلًا له. السعي للسعادة حق بلا شك، لكن ليس من حقك أن يقوم الآخرون بإسعادك وإرضائك دائمًا ، إسعاد الآخرين لك ليس حقًا من حقوق الإنسان. السعادة في ذاتها ليست حقًا، لكن السعي للسعادة حق من حقوق الإنسان.

أولًا: التفكير التوكيدي:

هو أن تفكِّر في حقوقك كإنسان مثل: الحق في الحياة، والاحترام، والتعبيرعن الرأي، والسعي للسعادة، والصحة، والتعبير عن الرأي، والتعليم.

بينما لا تتجاهل التفكير في حقوق الأخرين وتحترمها.

هو أن تستطيع أن تقول لا متى كان هذا ضروريًا. ثم تتعامل داخل ذهنك بكفاءة مع أي شعور بالخوف من الرفض أو بالذنب الزائف لأنك قلت لا.

مثال توضيحي:

لا أنسى أحد المُستشِيرين لدي سأسميه سامي. وكان طالبًا في كلية الهندسة. شابًا شديد الخجل والتهذيب. حكى لي أنه كان متوجهًا من بيته في حي الحسين لكليته في الجيزة في حافلة (أتوبيس) متوسطة الزحام. وفي محطة العتبة اندفع شاب ليلحق بالنزول في المحطة، دافعًا سامي ليلتصق بسيدة سمينة ومن خلفية شعبية كانت واقفة أمامه. فإذا بالسيدة تلتفت لسامي وتقول له بصوت عالٍ: أنت قليل الأدب. أتحب هذا لأمك أو أختك. فيحمر وجه سامي ويتلعثم وهو يقول: لم أقصد. ويرمقه الركاب بنظرات استنكار، بل يتطوع بعضهم بتوبيخه ولومه. ولا يزيدهم خجله وتلعثمه إلا ثقة في ذنبه. يهرع سامي بالنزول في أول محطة قبل الوصول لكليته بكثير. ويقضي باقي اليوم في منتهى الضيق والشعور بالظلم. الموقف الذي أخذه سامي هو سلبي خانع. بعدما حكى لي هذه الواقعة في جلستنا. قال لي وقضيت ساعات بعدها أفكر فيما كان يجب عليَّ أن أفعله. فسألته فيما فكر؟ فقال: كنت سأقول لها عيبٌ عليكِ يا إمرأة، هل أنت أصلًا تستحقين أن ينظر إليك أي شخص؟ (هو أنتي أصلًا حد يبصلك يا ولية يا قرشانة). إذن انتقل سامي من الموقف السلبي إلى الموقف العدواني. الموقف التوكيدي في هذه الواقعة شديد الصعوبة طبعًا. لكن سنشرح على هذا المثال كيف يمكن أن يكون التعبيرالأمثل عن توكيد الحقوق في هذه الواقعة.

ثانيًا: التعبير التوكيدي

و يتضمن التعبير اللفظي وغير اللفظي.

التعبير اللفظي:

يتضمن التعبير اللفظى. محتوى وجوهر العبارات والألفاظ المستخدمة.

المحتوى التوكيدي هو محتوى فيه ووضوح من ناحية واحترام من ناحية أخرى. كان يقول سامي:

يا فندم الشاب المسرع في النزول دفعني تجاه حضرتك وأنا لم أقصد أي شيء. ولا داعي لهذا الكلام. (يافندم الشاب ده زقني على حضرتك، وأنا ماقصدش أي حاجة، ومفيش داعي للكلام ده).

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس السابع، وانظر بشكل سريع في بعض منها، وعلِّق عليها. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس السابع.

ابدأ بتعريف التوكيدية في مقابل السلبية والعدوانية. ثم الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك، وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى معظم هذه الإجابات سليمة، أو تُعبِّر عن جانب من الموضوع. اشرح الصلة بين التوكيدية والسلوك الإدماني. كل هذا فيما لا يزيد عن نصف ساعة. قم بعمل التدريب المذكور في نهاية الجزء الأول من هذا الدرس.

وبدون استخدام ألفاظ مسيئة. لاحظ كان يمكن لسامي أن يقول نفس المحتوى ويضيف مثلًا: ولا داعي لقلة الأدب. (مافيش داعي لقلة الأدب). الرد الذي اقترحناه واضحًا وليس فيه أي ألفاظ مسيئة.

على أن يكون الكلام بارتفاع مناسب للصوت. في هذا المثال يجب أن يكون الصوت مسموعًا

للركاب المحيطين بسامي. وألا يكون خافتًا جدًا فيوحي بالخنوع، أو عاليًا جدًا فيوحي بالعدوانية.

نبرة الصوت يجب أن تتَّسم بالاحترام. نفس هذه العبارة يمكن أن تُقال بصوت مناسب لكن بنبرة فيها سخرية أو فيها تهديد.

التعبير غير اللفظي (لغة الجسد)

ويتضمن:

التعبيرعن طريق الوجه: وأهم موقعين في الوجه هما العينان والفم.

النظرة المقتحمة المهددة، عدوانية وليست توكيدًا. والنظرة المتحاشية أو المترددة الخائفة تُعبِّر عن الخنوع أكثر من التوكيدية. والفم قد يُعبِّر عن ابتسامات الاستهزاء أو تكشيرة التهديد كما يكشر الأسد عن أنيابه. كما قد يعبر عن ابتسامة التملق والخنوع.

التعبير بالجسد: ويتضمن المسافة بيني وبين من أكلمه. إن اقتربت منه بسرعة فهذا قد يوحي بالعدوان. وإن انسحبت أو انكمشت قد يوحي هذا بالخنوع.

طريقة الوقفة ووضع القدمين تعبر أيضًا عن طبيعة الموقف.

الذراعان والأيدي قد توحي أيضًا بالتهديد والوعيد (التشويح) أو التلويح بقبضة اليد.

وضع الذراعين متصالبين (تكتيفة اليدين)، أو إخفاء الكف وراء الظهر كلها، تعبر إما عن العدوانية أو عن الخنوع.

أمثلة للتفكير والتعبير عن الحقوق:

من حقي أن أتخذ قراراتي الهامة بنفسي.

من حقي أن أرفض أي شيء ضد مبادئي.

من حقي أن أحمي نفسي من أي سلوك خطر قد يضرني.

من حقي أن أُعبِّر عن آرائي و مشاعري.

من حقي أن أحزن و أن أفرح.

من حقي أن أختلف عن الأخرين.

من حقي أن أشعر بالخوف والغضب.

من حقي أن أتعلم وأتغير وأن أهتم بنفسي.

من حقى أن أحافظ على حدودى.

تدريب

1.أطلب اثنين من المتطوعين من بين المشاركين.

2. أعطي لأحدهم القلم الجاف، وأطلب من الأخر أن يقنعه بإعطائه هذا القلم، على أن يستخدم كلمة واحدة فقط هي: أيوة (نعم). ويستخدم نبرة الصوت وارتفاعه والتعبير غير اللفظي ولغة الجسد.

3. ثم أطلب ممن أعطيته القلم الجاف أن يرفض مستخدمًا كلمة واحدة فقط هي: لا.

4. بعدها أطلب منهما أن يتبادلا الأدوار.

5. أطلب من الحاضرين أن يشاركوا بتعليقاتهم على الأداء التوكيدي للمتطوعَين الاثنين.

6. أطلب من كل اثنين من الحاضرين أن يقوما بنفس التدريب ثم يُقيِّما أداء كل منهما.

ملاحظات للمعالج/المدرس:

في الجزء الثاني ابدأ بسؤال الحاضرين عن بعض أمثلة التحديات في حياة المدمن المتعافي التي يحتاج فيها إلى التوكيدية. ثم اشرح تحدي ما يُسمَّى «الحق في الثقة» وكيف يستخدم كحجة فارغة (شماعة). ثم ركز على أهمية التوكيدية في التعامل مع الأصدقاء المتعاطين وقت التدريب المذكور. وأخيراً أسأل المشاركين عن استفادتهم ثم قدِّم الواجب المنزلي.

ثم اترك 5 إلى 10 دقائق تظل متواجدًا فيها مع المشاركين لتَلقِّي أسئلتهم ومشاركاتهم.

ما أهم الأمثلة التي يحتاج فيها المدمن المتعافي إلى مهارات التوكيدية؟

في تصورنا أخطر موقفين على المدمن المتعافي يحتاج فيهما إلى مهارات التوكيدية هما:

قول «لا» لزملاء التعاطي (الضرب) أو أي شخص يؤثر سلبًا عليه.

والتعامل مع المواقف الصعبة والأزمات والصراعات مع الناس وخاصة أسرته.

عادة يكون لدى المدمن ميل نحو العدوانية، أو ميل نحو السلبية، أو الاثنان معًا في المواقف المختلفة. ويظل هذا الميل موجودًا بحكم العادة حتى بعد التبطيل.

المواقف داخل أسرة المتعافي ومع القريبين منه

تختلط الأمور في ذهن المدمن المتعافي. فمثلًا يظن من ناحية أنه طالما توقف عن التعاطي عدة أسابيع فيجب على أهله أن «يثقوا فيه» وهذا أيضًا يظنه «تشجيعًا له على الاستمرار في التبطيل».

فإذا شكُّوا فيه أنه عاد للتعاطي يثور ويهيج ويميج ويهدد «إذن سأعود للتعاطي طالما في كل الأحوال تشكون في». ناهيك طبعًا عن المدمن النَّشِط الذي يتعاطي ويكون واثقًا أن أحدًا لن يلاحظ، ويقوم بنفس التمثيلية زاعمًا أنهم سيتسببوا في انتكاسته بسبب شكِّهم، بينما هو أصلًا منتكس.

حل هذا الموقف صار ميسورًا، وهو الاحتكام إلى التحليل الفوري للبول. وتحمُّل الشك لأن سببه ومصدره سلوكه السابق، وكذبه المستمر عليهم ربما لسنين طويلة.

قد تتضمن طلبات المتعافي حديث التبطيل أن يأتمنوه على أموال يظن أن من حقه أن يعطوها له. أو على وظيفة أو مكانة داخل الأسرة.

لكن الواقع أن ثقة الآخرين في ليست حقًا. بل هي مكسب أحصل عليه بمجهودي وسلوكي واكتسابي للمهارات والمعارف التي تبرر هذه الثقة. كما أوضحنا في الجزء الأول.

من جهة أخرى قد يُواجه المتعافي بإهانات أو لغة قاسية، أو تعدي على حقه في التعبير عن آراءه ومشاعره، طالما كان هذا التعبير بأسلوب لائق ومناسب.

من المهم في كل الأحوال أن ينمي المتعافي تفكيره في الحقوق. ويشارك معالج، أو مشير، أو مشرف خطوات، وآخرين في كل المواقف التي تتضمن تحديًا أو صعوبة أو خلافًا أو صراعًا في مجال الحقوق. ويسأل أيضًا عن أفضل الطرق للتعبير عن نفسه بتوكيدية.

إذا تقابل المدمن المتعافي مع زميل التعاطي ماذا عليه أن يفعل؟

أسئلة تفاعلية

لماذا قد يرغب المدمن النَّشِط في أن ينتكس صديقه الممتنع عن التعاطي؟

ولماذا قد يرغب في ألا ينتكس صديقه المتعافي؟

بعد تلقي عدد من الأجوبة يمكنك أن تشارك بما يلي:

قد يرغب المدمن النَّشِط في رؤية زميله المتعافي يعود للمخدرات:

حتى يثبت لنفسه أنه لا يوجد تبطيل مما يجعله يستريح لحاله، ولا يفعل شيئًا تجاه مشكلته الشخصية.

لأنه يريد أن يشاركه صديقه في «متعة التعاطي».

لأنه سيحتاج صديقه في فلوس أو سكة للوصول للمخدرات أو مكان للتعاطي، شقة أو سيارة مثلًا.

وقد يرغب في أن يرى صديقه مستمرًا في التعافي لكي:

يعطيه هذا أملاً في تعافيه هو شخصيًا.

لأنه يريد الخير لصديقه.

وبطبيعة الحال معظم المدمنين النشطين لديهم الدافعان في نفس الوقت، ازدواجية الميل قائمة هنا أيضًا. ولكن حتى مَنْ يبحث عن الأمل أو يرغب في الخير لصديقه قد يبحث عن «امتحان مدى صلابة تعافي» صديقه. حتى يؤكد الأمل في نفسه. وهو غالبًا لا يدرك أن «الامتحان» هنا هو أحد الفخاخ النفسية الشائعة.

أسئلة تفاعلية

ما حقوقك كمتعافٍ والتي قد يعرضها للخطر كلامك مع شخص لا زال يتعاطي؟

وما حقوق صديقك الذي لا زال يتعاطي التي قد يعرضها للخطر كلامك معه، وأنت لا تزال في بدايه طريق التعافي؟

هل يوجد حق اسمه «حق الصداقة» أو «حق العشرة»؟ اشرح مبررًا وجهة نظرك.

ما أفضل تصرف تقوم به لصالح صديقك الذي لا يزال يتعاطي إن كان يهمك مصلحته؟

بعد تلقي عدد من الأجوبة يمكنك أن تشارك بما يلي:

أولًا: عليك أن تفكر في حقك في الحياة والصحة والبحث عن السعادة وحرية الرأي والموقف.

ثانيًا: عليك أن تفكر في حق زميلك في هذه الحقوق نفسها زائد حقه في الاحترام، وعدم الإيذاء أو الاحتقار والتقليل من شأنه بأي صورة.

واجب الصداقة والعشرة أن تمنح لصديقك أملًا حقيقيًّا في تعافيه. وهذا يعني قطعًا تجنب كل حديث معه.

تدريب

أطلب إثنين من المتطوعين، وأعرض على واحد منهم أن يمثل دور نفسه كمتعافٍ إذا قابل بالصدفة صديقًا متعاطيًا.

وأطلب من الثاني أن يُمثِّل دور الصديق المتعاطي.

أؤكد على المتعاطي أن يحاول إطالة الحديث مع صديقه المتعافي. بحيث يمكنه أن يمدح ما رأه فيه من تحسن في الصحة، ثم يسأله أيضًا كيف حقق هذا الإنجاز؟ ويحكي معه عمَّا يشعر به هو كمتعاطٍ. ثم يخبره أن معه مخدرات.

أو قد يقول له يعني أنت بقيت أفضل مني، ومابقتش تحبني ونسيت العشرة الخ، ثم يخبره أيضًا أن معه مخدرات.

تلقى تعليقات المشاركين الآخرين.

إطالة الكلام مع متعاطي ستؤدي إلى زيادة الرغبة في التعاطي (فورًا أو أحيانًا بعدها بعدة أيام) وهي سبب في كثير من الانتكاسات. يجب تجنب كل الأصدقاء القدامى والمتعاطين بكافة أنواعهم؛ لمصلحة حقوقك أنت وحقوقهم هم أيضًا.

إذا قابلت بالصدفة أو أثناء سيرك في الشارع صديقاً لا يزال يتعاطي، أو اتصل بك تليفونيًا من رقم غريب، فتجاوبك الأمثل هو أن تقول له ثلاث كلمات ثم تنصرف فورًا:

أنا مبطل ماقدرش أقف معاك إدعيلي (أنا منقطع عن التعاطي، لا أستطيع الوقوف ولا الكلام معك ادعُ لي).

أنا مبطل: تُعبِّر عن موقفك بتوكيدية وتحمل له مباشرة رسالة أمل.

مقدرش أقف معاك ولا أكلمك: وليس «مش عايز أقف معاك». وفيها تواضع واعتراف بالعجز

أمام مرضك، وإيضاح لصديقك أن المسألة ليست أنك أشد عزيمة أو قوة.

ادعُ لي: موقف فيه احترام وتقدير، لأنك تُقدِّر دعوته لك. كما أنه يحرك في صديقك الدوافع الطيبة تجاه مصلحتك.

أدوات لتعليم التوكيد :

الجلسات الفردية لمساعدتة وتدريبه ومتابعته في ممارسة التوكيدية.

مجموعات المشاركة لها دور كبير حيث يستطيع أن يعبرعن مشاعره، ويتعلم أيضًا أن يحترم مشاعر الآخرين. أن تكون أنت - كمشرف- شخصًا توكيديًا. وأن تحترم أنت حقوق العميل.

أن تحتمل وتصبر على تعلم الآخرين هذه المهارة

واجب منزلي

اذكر موقفًا في تعاملك مع أسرتك والمقربين منك كنت فيه عدوانيًّا أو خانعًا مما أدى إلى انتكاسك. كيف ستفكر أو تتصرف لو تكرر هذا الموقف اليوم؟ ثم شارك إجابتك مع مشرف أو صديق إيجابي.

اذكر موقفًا في تعاملك مع صديق متعاطٍ أدى إلى انتكاسك. كيف ستفكر أو تتصرف لو تكرر هذا الموقف اليوم؟ ثم شارك إجابتك مع مشرف أو صديق إيجابي.

ما المواقف التي تحتاج فيها إلى اتخاذ موقف توكيدي متزن اليوم؟ كيف ستفكر أو تتصرف لو تكرر هذا الموقف اليوم؟ ثم شارك إجابتك مع مشرف أو صديق إيجابي. وبناءً عليه قم باتخاذ موقف توكيدي وارجع شارك ما حدث مع المشرف أو الصديق الإيجابي.

الدرس التاسع

اتزان الحياة

ملاحظات للمعالج/المدرس:

ابدأ بالسؤال عن واجبات الدرس الثامن، وانظر بشكل سريع في بعض منها وعلِّق عليها. ثم اطلب من الحاضرين أن يذكروا بعضًا مما تعلموه من الدرس الثامن.

ابدأ بتعريف اتزان الحياة. واشرح ميزان الضغوط وأدوات التعامل معها. ثم الأسئلة التفاعلية التي سنقترحها عليك، وبعد أن تتلقى بعض الإجابات عليها. لا تصحح أجوبتهم إلا في الضرورة القصوى معظم هذه الإجابات سليمة أو تُعبِّر عن جانب من الموضوع. فيما لا يزيد عن نصف ساعة. قم بعمل التدريب المذكور في نهاية الجزء الأول من هذا الدرس.

اتزان الحياة أو اتزان نمط الحياة هو الاتزان بين الضغوط وطرق التعامل معها وبين الأنشطة التي أحبها وتعطيني متعة والأنشطة الواجب عليَّ عملها، والاتزان بين مايدور في داخل النفس وبين مايحدث بين الشخص والأخرين.

ثلاثة موازين مهمة في الحياة:

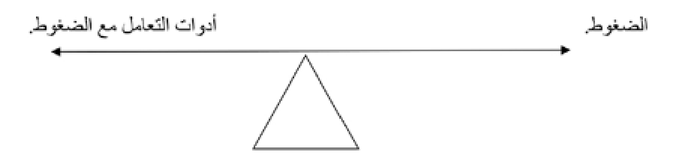
ميزان الضغوط التي أتعرض لها في مقابل طرق التعامل مع الضغوط.

ميزان الداخل والخارج.

ميزان الرغبات والواجبات.

هذه الموازين الثلاثة غالبًا ما تختل أثناء فترة الإدمان النَّشِط وبسبب السلوكيات الإدمانية. بينما الاستمرار في التعافي وتجنب الانتكاسة يتطلب العمل المستمر على تحقيق التوازن في هذه الموازين الثلاثة.

أولًا: ميزان الضغوط وطرق التعامل معها



لا يمكن أن تخلو الحياة من الضغوط. ضغط العمل يزداد في بعض الأيام وخاصة عندما يتغيب زميل أو عدة زملاء. لكن هذا الضغط - مهما كان- صغير، إذا ما قورن بفقدان العمل وعدم توافر وظيفة. المشاكل الزوجية ضغط ولكن الانفصال أو بعد الشر فقدان شريك الحياة ضغط أكبر. دور برد يعوقني عن الذهاب لرحلة كنت أنتظرها ضغط، لكن الإصابة بعاهة أومرض ضغط أكبر.

إذن يُقسِّم علماء النفس الضغوط إلى ضغوط كبرى وضغوط صغرى. واحتمال الانتكاسة يكون كبيرًا مع حدوث الضغوط الكبرى. إلا أن الضغوط الصغرى أيضًا قد تسبب الانتكاس إن لم يكن

المدمن المتعافي متمكنًا من أدوات التعامل معها أو إن استهان بها وتناساها. بينما المتعافي الذي يعرف كيف يتعامل مع الضغوط ويستخدم أدوات التعامل مع الضغوط يستطيع أن يمُرَّ بأوقاتها الصعبة بدون انتكاسة.

الضغوط الكبرى

يعتبر كثير من العلماء أن أكبر خمسة ضغوط قد يتعرض لها الإنسان هي:

وفاة عزيز: وفاة الأبناء تؤثر عادة أكثر من وفاة أي عزيز آخر. ووفاة شريك الحياة ثم أحد الوالدين أو الأخوة. لكن طبعًا تختلف الحال حسب قرب المتوفى منك وشدة ارتباطك به. فربما وفاة والد لم تره أبدًا في حياتك تكون أقل تأثيرًا من وفاة خال تربيت معه ويساندك في كل حياتك. وربما صديق لك تكون معزته أغلى من فرد من أفراد الأسرة. ووفاة أحد الوالدين بعد عمر طويل تظل قاسية وموجعة، لكن فقدان أحدهما وهو في ريعان الشباب ربما يكون أقسى وأكثر ألمًا. غالبًا تحدث الوفاة بصورة خارجة تمامًا عن إرادتنا، ولكن وفاة عزيز هي دائمًا من الضغوط الكبرى التي سنواجهها جميعًا في الحياة، وربما تكون أكبرها.

الطلاق أو الانفصال: هو ضغط كبير أيضًا خاصة لدى الطرف الذي لم يكن يرغب في الانفصال. ولعل انفصال المخطوبين أو حتى المرتبطين بعلاقة التزام يكون أحيانا شديد الوطأة أيضًا.

الانتقال: الهجرة أو الحياة في بلد غريب لفترة ثم العودة. أو حتى أحيانًا الانتقال من منزل لآخر (العِزَال) كلها تشكل أحد الضغوط الكبرى أيضًا عند عدد كبير من الدراسين.

الإصابة الشديدة أو المرض الجسيم: واضح أيضًا حجم الضغط الذي قد تشكله. وربما حجم التغيير في نمط الحياة كله.

الحبس أو السجن.

فقدان العمل: خاصة في حالات الفصل أو غلق العمل الخاص.

الزواج: رغم الصور الوردية وأيضًا السعادة الحقيقية المصاحبة للزواج، إلا أن المتطلبات المالية وحجم القرارات والتحضير والتوترات المحتملة بين أفراد الأسرتين والتأقلم على طباع وعادات شريك الحياة كلها تشكل ضغوطًا حقيقية.

يقيم مركز دراسات الضغوط التي يتعرض لها الإنسان Centre of Human Stressors بتقدير درجة من 100 للأحداث التالية كالآتي: وفاة شريك الحياة أو أحد الأبناء 100 والطلاق 73 والانفصال 65 والسجن 63 وموت عزيز آخر 63 والإصابة أو المرض الجسيم 53 والزواج 50 والفصل من العمل 47 والتصالح الزيجي بعد الانفصال 45 والتقاعد 45 وتدهور صحة أحد أفراد الأسرة 44 والحمل 44 والصعوبات في الجنس 39 واكتساب عضو جديد في الأسرة 39 والتعديلات في العمل 39. بينما تتضمن الضغوط التي يواجهها المراهقون الصعوبات الدراسية 83 والدخول لكلية جيدة 69.

كما يمكن تقسيم طبيعة الضغوط إلى ضغوط الوقت، والضغوط التوقعية (أي توقع حدوث أحد الضغوط الكبرى) وضغوط المواجهة.

الضغوط الصغرى:

تتضمن المشاكل العائلية والخطوبة ومشاكل العمل والسعي للنجاح والقبول الاجتماعي. -على عكس الشائع- الأعياد هي أحد الضغوط الصغرى بما فيها من تغيير في الجداول اليومية وضغوط المقارنة مع أفراد العائلة الممتدة والضغط الذي يشكله «واجب» أن تكون فرحًا سعيدًا بينما أنت لا تشعر فعلًا بسبب للسعادة. بل إن الإجازات نفسها قد تشكل أحد أسباب الضغوط الصغرى.

أدوات التعامل مع الضغوط:

طرق التعامل مع الضغوط سواء الكبرى أو الصغرى تتضمن:

الدعاء والصلاة: بعض منا يعرف كيف يستلهم من الصلاة قوة، وآخرون يشعرون أن الصلاة عبء أو مصدر للشعور بالذنب أوالتقصير. لكن القدرة على استقبال قوة من ممارسة الروحانيات مصدر للقدرة على التعامل مع الضغوط عمومًا.

القدرة على الاسترخاء: وتتضمن كل تمارين الاسترخاء التي درسناها في الدروس السابقة، كما تتضمن القدرة على تسكين الذهن وتماسك الأفكار.

المشاركة: مع أصدقاء تثق فيهم وتثق في قدرتهم على مساندتك والإحساس بك. أو في مجموعة مشاركة أو مجموعة زمالة. أو مع مرشد شخصي أو معالج الخ.

الامتنان: إلى جوار ألم فقد عزيز نستطيع أن نمتن على حياته وما قدمه لنا. وفي أصعب الظروف نستطيع أن نجد ما يدعو أيضًا للامتنان. التوقف للحظات وممارسة الامتنان هي أحد الأدوات الهامة للتعامل مع الضغوط.

الكتابة: سواء كتابة الخواطر والتعبير عن المشاعر على الورق أو التخطيط المنظم لكيفية مواجهة هذه الأزمة. فعل الكتابة على الورق هو في حد ذاته يشغل مناطق من المخ تساعد على احتواء الضغوط بكافة أشكالها.

التأمل والقراءة: يتضمن تعبير التأمل هذا مدلولين متمايزين: أولهما الاختلاء والصمت والتأمل الداخلي بأشكاله المختلفة أو مع الاستماع لموسيقى هادئة. بينما يتضمن الثاني: قراءة قراءات محددة كل يوم حول حكمة متصلة بالتعافي، والممارستان المختلفتان للتأمل يساعدان في مواجهة القلق وكل الضغوط أيضًا.

الرياضة: المشي أو الهرولة (Jogging) أو الرياضة التي تتطلب جهدًا أكثر مثل قاعات الرياضة الجماعية (الجيم). وبعض الناس أَمْيَل للرياضة، وآخرون أَمْيَل للكلام، ومجموعة ثالثة تجمع بين الاثنين.

تنظيم الأنشطة الأسبوعية: الاستمرار بقدر الإمكان في ممارسة الأنشطة التي أحبها وتعطيني متعة، وأيضًا الاستمرار بقدر الإمكان في الأنشطة الواجب عليَّ عملها.

الفن أو الشعر أو الموسيقى: ممارسة أي شكل من الفن مثل الرسم أو النحت أو الكتابة الأدبية مثل الشعر والزجل.

أخذ حمام دافئ أو دش وتناول المشروبات الطبيعية المهدئة «كالنعناع– الينسون– الكركديه: الطرق التقليدية في تحقيق قدر من الهدوء والاسترخاء، يعاون أيضًا على التعامل مع كل الضغوط.

وضع خطة للتعامل مع الضغوط الواقعة والمتوقعة: والخطة تتضمن أهدافًا ووسائل وأشخاصًا يساعدون على التنفيذ.

قبول المشاعر والتعرف عليها والتعبير عنها: من الطبيعي أن نشعر بالقلق أو الغضب أو الحزن عند الوقوع تحت الضغوط الحياتية. لكن من المهم أن نقبل مشاعرنا هذه ولا ننكر حدوثها. وأن نسمح لأنفسنا أن نشعر بها. لكن بعد هذا نستطيع ألا نتصرف ونقرر على أساس هذه المشاعر. نستطيع مع احترام هذه المشاعر أن نسلك وفقًا لقناعاتنا لا لهذه المشاعر.

هذه الأدوات تصلح للتعامل مع الضغوط الكبرى والصغرى على حد سواء. وبينما لا يوجد أحد يستخدم كل هذه الأدوات، وليس من الضروري أن تستخدمها كلها. لكن كلما زاد عدد الأدوات التي تستخدمها، وازداد تمكنك من استخدامها، كلما زادت قدرتك على التعامل مع الضغوط.

يصعب البدء في اكتساب هذه الأدوات عند حدوث الضغوط؛ لذا علينا أن نمارسها ونتمكن منها حتى إذا تعرضنا للضغوط نجد أنفسنا قادرين على استخدامها بسهولة.

أسئلة تفاعلية

راجع الـ12 أداة التي ذكرناها هنا، واكتب ما أدوات التعامل مع الضغوط المفضلة لديك والتي تشعر بكفاءة في استخدامها ؟ اعطنا أمثلة لاستخدامك لها.

وما الأدوات التي تود تعلم استخدامها، أو تحاول تحسين قدرتك على استخدامها الآن.

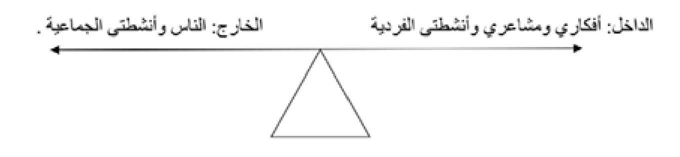
اذكر مرة انتكست فيها للسلوك الإدماني عند تعرضك لأحد الضغوط الكبرى. اشرح ماذا حدث. كيف يمكن أن تستخدم أدواتك لو تكرر هذا الضغط اليوم؟

اذكر مرة انتكست فيها للسلوك الإدماني عند تعرضك لأحد الضغوط الصغرى. اشرح ماذا حدث. كيف يمكن أن تستخدم أدواتك لو تكرر هذا الضغط اليوم؟

ملاحظات للمعالج/المدرس:

في الجزء الثاني ابدأ بشرح ميزان الداخل والخارج، ثم طرح الأسئلة التفاعلية عليه، واستمع إلى بعض إجاباتهم. ثم اشرح ميزان الرغبات والواجبات، واطرح الأسئلة التفاعلية عليه. وأخيرًا أسأل المشاركين عن استفادتهم ثم قدِّم الواجب المنزلي. ثم اترك 5 إلى 10 دقائق تظل متواجدًا فيها مع المشاركين لتَلَقِّي أسئلتهم ومشاركاتهم.

ثانيًا: ميزان الداخل والخارج:



أي الاتزان بين الحياة الداخلية والحياة الخارجية للإنسان. الحياة الداخلية تتضمن الأفكار التي تدور في ذهني. والخيال والمشاعر التي تجيش في داخلي. كما تتضمن التأمل الشخصي وسماع الموسيقى بمفردي والقراءة. وتتضمن أيضًا فحص الذات والمذاكرة وكل الأنشطة الفردية.

بينما الحياة الخارجية تتضمن التعبيرعن الأفكار والمشاعر والعلاقات العائلية مع المعارف والأصدقاء. وحضور الاجتماعات، والحفلات والمناسبات الاجتماعية والرياضية، والعمل في فريق، والخدمة التطوعية، وكل الأنشطة الجماعية.

وصحيح أن بعضًا منا يفضل البقاء بمفرده ويجدد طاقته من الاختلاء بنفسه، وهؤلاء هم الانطوائيون. بينما البعض الآخر يجدد طاقته من خلال الاختلاط بالناس ويفضل التعامل معهم عن البقاء بمفرده، وهؤلاء نسميهم الانبساطيين. إلا أننا جميعًا نحتاج إلى:

وجود جسور بين الداخل والخارج: وجود مساحة نُعبِّر فيها عما يدور في ذهننا وما نشعر به. يمكننا أن تكون لنا أسرار لا يعرفها إلا شخص أو اثنان، وأخرى قد لا يعرفها أحد. لكن إن لم يكن لنا فرص للتعبير عن أنفسنا فهذه مشكلة. أما إذا كنا نتكلم كثيرًا، لكن كلامنا كله ثرثرة أو هذار أو ترديد لكلام آخرين بدون تروٍّ أو تفكير، فهنا رغم أننا في الخارج إلا أن هذا الخارج أيضًا معزول عن دواخلنا، ولا يُعبِّر عن قناعاتنا التي ربما لم نفكر فيها أو نبنيها أبدًا. ومشاعر المجاملات والتفاعل السطحي قد تكون هي أيضًا منفصلة تمامًا عما نشعر به في أعماقنا.

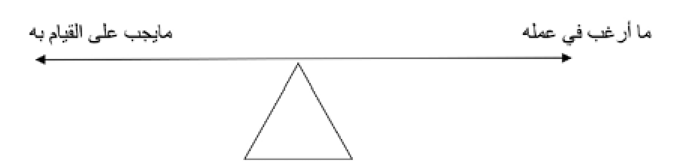
قدرة على تنمية الكفة الأقل وضوحًا لدينا: ليس من الضروري ولا من الممكن أن يكون الوقت الذي يقضيه كل واحد منا بمفرده مساويًا للوقت الذي يقضيه مع الآخرين. لكن من المهم أن يسعى مَنْ كان منا يُفضل الاختلاء بالنفس والاستغراق في الأنشطة الفردية أن يُلزم نفسه بالتعبير عن نفسه والتلاقي مع الآخرين، ولو لفترة أكثر قليلًا. ويسعى مَنْ كان منا لا يطيق البقاء بمفرده أن يبذل مجهودًا أكبر في الأنشطة التي تتطلب اختلاء بالنفس.

أسئلة تفاعلية

في تقديرك كم عدد الساعات الأسبوعية التي تقضيها في أنشطة الداخل؟ وكم عدد الساعات التي تقضيها في أنشطة الخارج؟

اعطِ مثلًا عن الجسور التي تبنيها أو تستخدمها للربط بين الداخل والخارج.

ثالثًا ميزان الرغبات والواجبات:



لكل منا أنشطة يستمتع أثناء القيام بها وتختلف من شخص لأخر. وأنشطة أخرى نشعر أنها مفيدة ونقتنع بأهميتها وبواجبنا أن نقوم بها. وأنشطة أخرى نستمتع بها وفي ذات الوقت درجة اقتناعنا بها عالية. وبطبيعة الحال تتفاوت درجة الاستمتاع ودرجة الاقتناع من نشاط لأخر.

المدمن الذي لا يقوم إلا بما يستمتع به، أو معظم ما يقوم به يستمتع به دون اقتناع صادق، سيصبح سريعًا فريسة للملل وينتكس. والمدمن الذي يقوم بما يجب عليه القيام به دونًا عن ما يستمتع به، سيصبح فريسة للشعور بالضغط وينتكس أيضًا. الاتزان بين هذا وذاك ضرورة للاستمرار في التعافي.

كما يمكن أن نُقسِّم الأنشطة التي نقوم بها إلى مهمة وغير مهمة وعاجلة وغير عاجلة. مثال:

	مهم	غير مهم
عاجل	**أزمة صحية حادة- زفاف ابنتي- محاضرة لها موعد- مقابلة للعمل- عيد ميلاد ابني- عزاء في وفاة صديق مقابلة عميل يفكر في الانتحار- التحضير لامتحان - المشاكل الملحة**	**مكالمة صديق لمشاركة فضيحة عرفت بها عن جاره- مبارة كرة قدم لفريق لا يهمك - ثرثرة مع زميلة اتصلت بك - أكل التورتة قبل أخي - الذهاب للأوكازيون قبل نهايته لشراء أشياء لا لزوم لها - متابعة أخر حلقة من مسلسل تافه**
غير عاجل	**متابعة حالتي الصحية- تطبيق الدايت إجازة مع الأسرة - قراءة كتاب قيم كتابة مذكرات عن خبرتي العملية بناء علاقات مع أسرتي والأصدقاء وعملاء محتملين- ممارسة الرياضة مراجعة مادرست ومتابعة التحديثات**	**لعب الطاولة على القهوة – مشاهدة برامج التلفزيون يوميًا – تصفح الإنترنت شراء فشار ولب وسوداني – ألعاب الفيديو حل الكلمات المتقاطعة – قراءة مجلات وكتب تافهة – الجلوس أو النوم بلا أي نشاط (الأنتخة) الخروج مع معارف لايهمونك لتضييع الوقت**

أسئلة تفاعلية

ما رأيك في المدمن الذي يحاول التعافي بأن يعمل 7 أيام في الأسبوع لساعات طويلة حتى ينسى المخدرات أو السلوك الإدماني؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

قم بعمل جدول مماثل لجدول مهم غير مهم وعاجل غير عاجل؛ لتعبر فيه عما يحدث في حياتك اليوم.

جدول الأنشطة الأسبوعية

اكتب النشاط في أول عامود ثم عدد الساعات في الأسبوع في ثاني عامود. مثلًا التلفاز حوالي ساعتين كل يوم يعني 14 ساعة أسبوعيًّا. الموبايل 7 ساع ات أسبوعيًّا مثلًا. العمل قسمه حسب طبيعة أنشطته مثلًا مقابلة زبائن 20 ساعة وكتابة تقارير 3 ساعات واجتماعات 6 ساعات وهكذا.

وفي العامود التالي درجة الاستمتاع، أي إذا كان هذا النشاط ممتعًا ضع علامة + لو ممتع جدًا ++ لو جدًا جدًا +++ لو قمة المتعة ++++. أما إذا كنت لا تستمتع به (تتضايق منه) فعلامة – لو تتضايق جدًا - - جدًا جدًا --- قمة النفور ----

وفي العامود التالي درجة الاقتناع. أي إذا كنت مقتنعًا بهذا النشاط ضع علامة + لو مقتنع جدًا ++ لو جدًا جدًا +++ لو قمة الاقتناع وتشعر أنك مخلوق لعمل هذا النشاط ++++. أما إذا كنت غيرمقتنع به فعلامة – لو غير

مقتنع على الإطلاق - - لو جدًا جدًا --- تشعر أن هذا النشاط مؤذٍ أو تافه جدًا ----

مثلًا قد أستمتع بأكل الآيس كريم ولكني غير مقتنع بفائدته. أو أقتنع بأهمية زيارة عمي المريض لكني لا أستمتع بالجلسة معه.

وفي العامود الأخير ملاحظات للمستقبل، مثلًا كنت ألعب رياضة مع سامي وكنت أستمتع، والآن ألعب مع حسني وأتضايق إذن ألعب في المستقبل مع سامي.

واجب منزلي

قم بملء جدول الأنشطة الأسبوعية أدناه. ثم شاركه مع شخص تثق فيه.

جدول الأنشطة الأسبوعي

م	الأنشطة	عدد الساعات	درجة الاستمتاع	درجة الاقتناع	ملاحظات
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					

المراجع واقتراحات لمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Caroll, K. & Kiluk, B. (2017) Cognitive Behavioral Interventions for Alcohol and Drug Use Disorders: Through the Stage Model and Back Again, Psychol Addict Behav. 2017 Dec; 31(8): 847–861.Published online 2017 Aug 31. doi: 10.1037/adb0000311

Carroll, K. M. (2014). Computerized cognitive-behavioral therapy. .Alcohol Research Current Reviews, 36(1), 12–130

Carroll, K. (2013) Cognitive Behavioral Therapies, in Miller, P. (Ed.) Interventions for Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and .Disorders, Vol 3, 2013 Academic Press, Elsevier

Carroll, K.M.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; and Fenton, L.R. (2005) We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 73(1):106–.115, 2005

Godley, S. H., Garner, B. R., Smith, J. E., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (2011). A largescale dissemination and implementation model for evidence-based treatment and continuing care. Clinical .Psychology: Science and Practice, 18, 67–83

Hart, A. (1990) Healing Life's Hidden Addictions: Overcoming the Closet Compulsions that Waste Your Time and Control Your Life, .Vine Books/Servant Publications, Michigan, USA

Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W. & G. Alan Marlatt (2011) Relapse prevention for addictive behaviors, Substance Abuse Treatment Prevention and Policy. July 2011, 6(1):17

Marlatt, G. A. & Gordon, J. (1985) Relapse Prevention, Guilford, .New York

Morin, H., Harris, M. & Conrad, P. (2017) A Review of CBT Treatments for Substance Use Disorders, Oxford Handbooks Online, Scholarly Research Reviews. https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/97801999

35291.001.0001/oxfordhb-9780199935291-e-57; Accessed 14 .October 2020

NIDA (2020) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) Cognitive-Behavioral Therapy (Alcohol, Marijuana, Cocaine, Methamphetamine, Nicotine) https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-.therapies/cognitive-behavioral-therapy; accessed 13 October 2020

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Mackinnon, S. P., & Stewart, S. H. (2015). CBT for high anxiety

.Sensitivity: Alcohol Outcomes. Addictive Behaviors, 46, 19-24

Ray, L., Merdith, L.,Kiluk, b., Walthers, J., Caroll, K. & Magill, M. (2020) Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA Network, Open, 2020;3(6):e208279. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8279

Ray, L.A., (2009) Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled [trials. J Stud Alcohol Drugs. 2009; 70:516–527. [PMC free article

Schenker, M. (2019) Integrating CBT, MI and AA for Addiction Treatment. American Addiction Centers, National Rehabs Directory. https://www.rehabs.com/pro-talk/integrating-cbt-mi-and-aa-for-.addiction-treatment/ Accessed 13 October 2020

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (1990) Relapse Prevention for Addictive Behviours: A Manual for .Therapists

World Service Office NA (2010) In Times of Illness, Van Nuys, CA, .USA

الفصل الرابع

العلاج الجمعي والمجموعات العلاجية

في هذا الفصل سنقدم أهمية ودور العلاج الجمعي والمجموعات العلاجية في علاج الإدمان. ولماذا يعتقد كثيرون أن المجموعات المدخل الأساسي لعلاج الإدمان والتعافي منه. بعد أن نوضح المقصود بالمجموعات العلاجية والفروق بينها وبين العلاج الجمعي. سنشرح العناصر العلاجية للمجموعات، أي ما الذي يجعل المجموعات مفيدة علاجيًّا؛ معتمدين في هذا على ما قاله إيرفين يالوم في هذا الصدد. ثم نوضح القواعد الأساسية التي تحكم كل المجموعات العلاجية. ونتطرق بعدها إلى شرح أنواع المجموعات العلاجية وأولاد عم العلاج الجمعي، وأنواع مجموعات برنامج الحرية كأمثلة عن المجموعات العلاجية. وسنشرح أدوار قائد المجموعة والمهارات والصفات الأساسية لقائد المجموعة الفعَّال. وبعدها نوضح مراحل نمو المجموعات. ونختم الفصل بالأعراض الجانبية للمجموعات.

ما المجموعات العلاجية؟

سنقدم هنا تعريفات متنوعة للمجموعات العلاجيةTherapeutic Groups ونقصد بها نشاط يقوم به مجموعة من الناس بعد أن يتفقوا على موعده ومدته، بهدف التعامل مع مشاكل نفسية أو سلوكية تواجههم أو بغرض تحقيق نمو نفسي أو تغير في سلوكهم أو اكتساب مهارات نفسية وسلوكية. وهذا يتضمن العلاج الجمعي والمشورة الجماعية، وما يُسمَّى بأبناء عمومتهما من أنشطة جماعية، تُقدَّم بغرض تحقيق تغيير إيجابي في شخصية وسلوكيات المشتركين فيها.

العلاج الجمعي: يجتمع فيه مجموعة من المرضى بعد أن يتم تشخيصهم واقتراح العلاج الجمعي لهم بواسطة طبيب نفسي أو أخصائي نفسي. على أن يقود المجموعة أيضًا طبيب نفسي أو أخصائي نفسي مدرب على هذا.

إذن العلاج الجمعي هو نوع من العلاج يتم فيه اختيار مجموعة من الأفراد الذين يعانون من مرض أو معاناة نفسية. ويقوم بقيادته معالج متمرِّن بهدف إحداث تغيير نوعي في شخصياتهم. و يستخدم فيها المعالج التفاعل الذي يتم بين أعضاء المجموعة لإحداث التغيير في شخصياتهم.

المشورة الجماعية: هو شكل من أشكال المشورة تجتمع فيه مجموعة من الناس بانتظام معًا ومع قائد للمجموعة؛ ليتحدثوا ويتفاعلوا معًا ويستكشفوا مشاكلهم والحلول الممكنة لها.

المجموعات العلاجية الأخرى: يقول إيرفين يالوم عملاق العلاج الجمعي في كتابه المرجعي «نظرية وتطبيق العلاج الجمعي» أن العلاج الجمعي منذ نشأته في أربعينيات القرن العشرين مرَّ بعدد كبير من التغيرات، وظهرت في أشكال متعددة حتى تكوَّنت أسرة كبيرة تتضمن هذا النوع من العلاج مع أبناء عمومته من مجموعات علاجية. وقد يقود هذه المجموعات كثير من المُيسِّرين، ومنهم مَنْ ليسوا بالضرورة متخصصين في الطب النفسي أو علم النفس أو المشورة، وربما يكونوا غير مهنيين. و»أبناء العمومة» هؤلاء هم ما يُسمِّيه يالوم المجموعات العلاجية. وهي تتضمن على حد تعبيره: مجموعات المشاعر Process Groups ومجموعات ال 12 خطوة ومجموعات

الدعم الذاتي الأخرى. ويردف يالوم شارحًا أن هذه المجموعات «تَعبُر الحدود الغائمة بين النمو الشخصي والمساندة والتثقيف والعلاج».

المجموعات العلاجية مدخل أساسي للتعامل مع الإدمان

العلاج الجمعي يُعتبر الأداة الأساسية في تغيير سلوك وشخصية المدمنين؛ لأنه كما قال ألونسو (1989م) - في دراسة كلاسيكية - هو الأداة الأساسية لتغيير طباع الشخصية. ففي الجروب «كُلفة دفاعات الطباع توضع تحت الضوء وتشكل صراعًا يجعل هذه الطباع مصدر إزعاج لصاحبها بما يتيح فرصة فهم تفسيري لها وتغييرها داخل الجروب». وأكد يالوم في دراسته مع زميله ماتانو (1991م) أن المجموعات العلاجية هي العلاج المفضل لإدمان المواد المخدرة لأنها توفر:

1. معادلة ضغوط ثقافة التعاطي: ضغط الأقران الإيجابي ومبادئ ومفاهيم وطرق التعبير الإيجابية في المجموعات العلاجية، تشكل توازن يقوم بتحييد تأثير ضغط أقران التعاطي، ويسمح للمدمن بتبني ثقافة بديلة والاندماج فيها.

2.الدعم والمساندة للاغتراب في التعافي: يترك المتعافي أصدقاء التعاطي. ويفقد صلته بهم، بعد أن فقد الأصدقاء من غير المتعاطين. ويصير غريبًا عن هذا العالم وذاك. لذا لا يمكن لأي علاج أو مشورة فردية مهما بلغت كفاءتها أن تمنحه انتماء لأصدقاء ومجموعة تملأ هذا الفراغ. الانتماء لمجموعة علاجية يقوم بهذا الدور. كما يشعر من خلال المشاركات بمساندة فورية تدعمه فيما يواجه من ضغوط مسيرة التغيير.

3. القدوة: في المجموعة يرى المدمن قدوة واقعية في مَنْ سبقوه في طريق التعافي.

4. .ضغط الأقران: مجرد وجود أقران يماثلونه ويسيرون في طريق التغيير يُشكل لدى المدمن ضغطًا إيجابيا للتقدم في هذا الطريق.

5. التغلب على الإنكار: سواء بالمواجهة ممَّنْ يقيم لهم اعتبارًا ويُكنُّ لهم تقديرًا، أو برؤية الإنكار في المدمنين زملائه وتشابه رد فعله مع رد فعلهم. كما أن المُوَاجَدَة والإنصات الذي يحدث في المجموعات يعاونه على تخطي الإنكار.

6. التغلب على المقاومة: من الطبيعي أن يشعر المدمن بأن التغيير صعب أو منفّر فيقاومه. لكن المجموعة بتفاعلاتها المختلفة تساعده على التغلب على المقاومة.

الشفافية والصدق في المجموعة يتزايدان كلَّما تمت ممارستهما في المجموعة. كل شخص يغامر هذه المغامرة يسهلها على الآخرين. إذ يشاهدون كيف غامر وفتح نفسه، وقَبِلَه الأخرون وقدَّروه. فيتشجعون أن يقوموا بنفس المغامرة. إذ يغريهم الحصول على نفس القبول والفهم الذي حصل عليه. كما يشجعهم أن مَنْ غامر بهذا صار أكثر شعورًا بالثقة والرضا والتحقق. وهكذا يتزايد القُرب والصدق في المجموعة. المجتمع الحقيقي لا يحدث فيه التغيير عندما يحاول أفراده تغيير بعضهم البعض. بل يحدث التغيير تلقائيًّا عندما يتحقق المجتمع بما فيه من قبول وإحساس متبادل وتفهم.

تتميز المجموعات العلاجية بإمكانية فريدة في الحصول على ردود أفعال (فدبكة) سريعة ومباشرة من الزملاء لكل تغيير طفيف يحدث أو مشاركة حقيقية. مثلًا: مشاركتك كانت حقيقية أو فرقت معايا أو أنا شايفك بتكبر.

وفيها يتمكن القائد وعضو المجموعة معًا من تمكين المريض والمعالج معًا من ملاحظة تجاوب عضو المجموعة نفسيًّا وسلوكيًّا مع أنواع مختلفة من الناس. مما يؤدي لحدوث علاقات تفاعلية مختلفة. هذه العلاقات التفاعلية تساعده على حل مشكلات في شخصيته تظهر فقط في رؤيته واستبصاره بهذه العلاقات عمليًّا، مثلًا تظهر الغيرة والتنافس والاعتمادية والاندفاعية، كما يظهر الحب والتعاطف والمُوَاجَدَة والرغبة في المساعدة. وهذا ما يُسمَّى بالكون المصغر (ميكرو كوزم).

العلاج الجمعي والمجموعات في التعامل مع الإدمان، يمكن أن تنعقد في العيادة الخارجية أو في المستشفي أو في بيوت التعافي (مراكز التأهيل). كما في المجتمع الخارجي وقاعات أماكن العبادة أو الجمعيات الخيرية مثلًا.

العناصر العلاجية في المجموعات

إذن ما الذي يجعل مجموعة ما علاجية؟ وما الذي يجعلها غير ذلك؟ سنعود مرة ثانية في محاولة الإجابة عن هذا السؤال إلى كتاب يالوم الذي يعتبره كثيرون المرجع الأساسي للعلاج الجمعي والمجموعات العلاجية.

يحدد يالوم 7 عناصر علاجية إن وجدت كانت المجموعة فعَّالة علاجيًّا هي:

بث الأمل: عندما تتم مشاركة الخبرات الإيجابية والإنجازات بدون تفاخر أو استكبار. ويرى أعضاء المجموعة بأعينهم التقدم في شخصيات وحياة الأخرين يستمدون الأمل من هذا. ولكن أيضًا عندما يشارك عضو من أعضاء المجموعة إخفقاته وسقطاته متى تم هذا في جو من القبول والاحترام، قد يرى عضو أخر مدى تقدمه هو أو تحسن حالته هو. العنصر المحوري في الحالتين هو جو المُوَاجَدَة والقبول والاحترام والإنصات.

الشمولية أو العمومية (أي أن أخرين يشبهونك ويعانون مما تعانيه): يظن كثيرون أن أحدًا لم يمُر بما مروا به، وأن لا أحد يصارع مع ما يصارعون فيه. عندما يسمعون مشاركات الآخرين يجدون التشابهات ويأتنسون (يحسوا بالونس)، ويكتسبون قوة داخلية تلقائية من هذا الشعور بالرفقة.

مشاركة المعلومات: لا يتم نقل المعلومات عن طريق إلقاء الدروس والمحاضرات، لكن عن طريق المشاركة الحية للخبرات الشخصية. عن طريق مشاركة الحياة الداخلية. وفي هذا السياق الذي يتم فيه نقل واكتساب المعلومات بدون قصد تتثبت المعلومة بعمق وتصير جزءًا من كيان مَنْ يستقبلها.

الغيريَّة (الخروج عن الذات): عندما يندمج عضو المجموعة في الإنصات لهموم وصراعات وآمال عضو آخر ويشعر به فهو يخرج عن ذاته. يخرج عن الدائرة المفرغة من مشاكله وصراعاته التي تحاصره في كثير من الأوقات وتخنقه. وهذا الخروج عن الذات، هذه الغيريَّة هي في ذاتها علاج فعال للعضو الذي خرج عن ذاته.

الاستعادة التصحيحية لخبرات الأسرة الأولى: المشارك في المجموعة ربما قد عاش خبرات من

الإهمال وعدم الإنصات له في أسرته الأولى. أو يكون قد عانى من اعتداءات بدنية أو لفظية أو جنسية. أو ربما فرض عليه أن يلعب دائمًا دورًا معينًا لا يخرج عنه. أو قد يكون السائد في أسرته الأولى هو افتعال المشاعر (التمثيل) وتفادي مواجهة النفس والأخرين. فيكبر وهو يظن أن هذه الأنماط المريضة هي كل ما يوجد في الحياة. ويرتب حياته الداخلية وتصرفاته على هذا الأساس. تفاعله في مجموعة يسودها الإنصات والاحترام والمُوَاجَدَة كما يُسمح فيها بالتعبير عن المشاعر بما فيها الغضب والخوف والحزن باحترام ولياقة. كل هذا يسمح له أن يعيش خبرة وجدانية تُعيد تشكيل الخبرات المؤلمة في وعيه، وتعيد صياغة فهمه لها ومن ثَمَّ فهمه للعالم.

تطوير أساليب التفاعل الاجتماعي: تتيح المجموعة فرصة لتغلب أعضائها على أنماط التعبير السلبية عن أنفسهم والأنماط السلبية . تتيح لبعضهم فرصة التغلب على الخجل أو الانطواء. وتتيح لأخرين التغلب على الأنماط العدوانية في التفاعل أو الاستهزاء بالآخرين أو التفاخر أو الإدعاء أو التعبير المزيف عن المشاعر. المجموعة تتيح لأعضائها فرصة فريدة لتطوير مهاراتهم في التعبير والإنصات والمُوَاجَدَة. أي أنها تتيح لهم فرصة تعلم التواصل الفعَّال من خلال الممارسة الفعلية له.

المحاكاة أو تقليد الأخرين: نحن تعلمنا أهم ما تعلمنا في حياتنا من خلال التقليد. تعلمنا المشي والكلام واللغة وطرق التعبير وسلوك النوع الاجتماعي (الجندر: رجل أو إمرأة)، من خلال تقليد أحد الوالدين أو أحد مقدمي الرعاية أو المدرسين أو المدربين الرياضيين الخ. في الجروب يتم تعلم كثير من طرق التعامل مع الصعوبات، والتحديات، وطرق التعبير عن النفس، والتقاط توجهات إيجابية. أكثر شخص سيتم تقليده في المجموعة هو غالبًا المُيسِّر. لذا، فعليه أن يدرك أنه سيعلم المجموعة بالقدوة Modelling ستتعلم المجموعة الإنصات، والصدق، والإفصاح، ووضوح التعبير، والوجود في أنا وأنت وهنا والآن من المُيسِّر.

ثم قدَّم يالوم في أعمال لاحقة استبيان لعناصر فعالية العلاج الجمعي أضاف فيه 4 عناصر أخرى:

تماسك المجموعة (القبول والانتماء): يعرف عضو المجموعة أنه مهما حدث من حقه حضور المجموعة وأن أعضاءها سينصتون إليه، وقائدها سيحميه من أي تجاوز في حقه، ويسمح له أن يعبر عن نفسه. ويتزايد هذا الشعور مع مرور الوقت، وبعد تجاوز مرحلة المجاملات الأولى ومرحلة الصراع التالية لها، يشعر عضو المجموعة بانتماء عميق لها، وبالتضامن مع أعضائها والانتماء لهم.

التنفيس: يمكننا أن نشبه الهموم والمشاعر المكتومة بأنها كالبخار في طنجرة الضغط (الحلة البريستو)، وعندما يُعبِّر عضو المجموعة عنها في المجموعة كأن البخار يتم تنفيسه فيخف ضغطه على النفس. في الجروب يتم استدعاء الخبرات المؤلمة المكبوتة للوعي والحياة فيها مرة أخرى لكن في أمان المجموعة.

العناصر الوجودية (التعامل مع الأسئلة الوجودية):هو التعامل مع أسئلة مثل معنى وهدف الحياة ومواجهة الموت واليأس والمحدودية والشعور بالوحدة والاغتراب (الشعور بالغربة عن الأخرين أو الغربة عن النفس الخ): في المجموعة قد تُطرَح بشكل مباشر أو غير مباشر هذه الأسئلة الوجودية الكبرى، وبدون وعظ أو تفلسف كاذب. وحتى إن لم تُطرَح يكتسب عضو المجموعة شجاعة مواجهة هذه الأسئلة بصدق وتحديد موقفه منها.

العلاقات بين الأشخاص: إن وجود مُيسِّر يحافظ على القواعد الأساسية للمجموعة يسمح للأشخاص

أن يتعلموا ثلاثة مفاهيم أساسية هي: أهمية العلاقات بين البشر، والخبرات الوجدانية التصحيحية بين الأفراد: استعادة مشاعر وخبرات مؤلمة في سياق أن عضوًا آخر في المجموعة- وليس فقط المُيسِّر- يقبل ويدعم ويواجد بدفء واحترام يؤدي إلى التعافي من الجروح التفسية لخبرات الماضي المؤذية. وأخيرًا الجروب هو كون مصغرMicrocosm، يكتشف العضو أن الأخرين يكررون في الجروب نوعية علاقاتهم وما يقومون به في هذه العلاقات. ويكتشف أنه هو أيضًا يفعل هذا. ومن ثَمَّ يجرب التغيير داخل هذا الكون المصغر، ثم يطبق هذا التغيير في حياته الخارجية.

وأضاف أخرون عدة عناصر علاجية أيضًا جديرة بالاهتمام:

التفسير: قد يجد عضو المجموعة تفسيرًا جديدًا لسلوكياته، أو ربما تفسيرًا لأول مرة يفهمه من خلال تفاعلات قائد المجموعة (وليس بالضرورة طرحه تفسيرًا بصورة تلقينية) أو من خلال ما يراه ويشعر به من خلال تفاعلات الأعضاء مع بعضهم بعضًا.

الاستبصار والوعي بالذات: تعبير العضو عن نفسه وإنصات الأخرين له، يسمح له باستكشاف جوانب من وجدانه وشخصيته وحيرته أو جذور قراراته، ويسمح له بوعي أعمق لما يجري داخله.

المُوَاجَدَة: الدخول إلى العالم الداخلي لشخص أخر، ورؤية الكون بعيني هذا الشخص في الجروب كما يقول جاكوب مورينو رائد السيكودراما: أمد يدي فأخلع عينيك من مقلتيها وأرى بهما وتمد يدك فتخلع عيني من مقليتيهما وترى بهما.

القواعد الأساسية للعلاج الجمعي والمجموعات العلاجية

وعادة يتم التنبيه على هذه القواعد مرة في بداية كل مجموعة حتى يحفظها الأعضاء ويطبقونها بسلاسة.

الحفاظ على السرية: ما نعرفه هنا نتركه هنا. يجب تكرارالتنبيه على أن ما يحدث في المجموعة يظل بين أعضاء المجموعة. حتى إن بعض المُيسِّرين يفضلون ألا يتعامل أعضاء المجموعة معًا خارج المجموعة. لكن هذا ليس ممكنًا بطبيعة الحال في المجتمعات العلاجية أو مجموعات المساندة، بل يتم تشجيع العكس.

الاحترام: يقود المُيسِّر أعضاء المجموعة لضرورة احترام مَنْ يتكلم خاصة. والقدوة مهمة جدًا هنا.

الإنصات للأخرين: وأيضًا يظهر الاحترام في عمق الإنصات والمُوَاجَدَة. وهذه مهمة أخرى من مهام قدوة المُيسِّر.

عدم المقاطعة: قاعدة بسيطة لكن تحتاج يقظة دائمة من المُيسِّر لضمان التزام كل الأعضاء بها.

لا نصائح ولا وعظ ولا اقتراح حلول: لو وجه أحد الأعضاء نصيحة أو عظة أو اقتراح حل يطلب منه المُيسِّر مشاركة خبرته هو ومايعيشه ويشعر به فقط.

لا أسئلة: الأسئلة حتى الاستفهامية ممنوعة، ناهيك عن الأسئلة الاستنكارية. في المجموعة نحول

السؤال إلى عبارة تقريرية: مثلًا اسمك إيه؟ تتحول إلى: لست أعرف اسمك (مش عارف اسمك أو نسيت اسمك) أو ممكن تشرح لي ما قلت؟ تتحول إلى: لم أفهم ما قلت. والأسئلة الاستنكارية تتحول من: ما الذي تقوله؟ (أنت بتقول إيه؟) إلى أنا لست موافقًا ولا معجبًا بما تقول (أنا مش موافق ولا عاجبني اللي بتقوله) أو لست أفهم ما تقول (أنا مش فاهم اللي أنت بتقوله) حسب الموقف.

الجمل التقريرية تشجع على الإنصات والأسئلة تشجع على النقاش. ونحن نريد الإنصات في الجروب ولا نريد المناقشات.

أنواع المجموعات العلاجية في التعامل مع الإدمان

يمكن تقسيم المجموعات العلاجية في التعامل مع الإدمان بعدة طرق. وسنقسمها هنا إلى:

أولًا: مجموعات مميزة للمجتمع العلاجي:

وتتضمن هذه المجموعات:

المواجهة: وقد تقوم بعض المجتمعات العلاجية بتحديد مَنْ يطلب مواجهة مَنْ. ويُكْتَب هذا في دفتر قبل المجموعة. وتتم المواجهة في حضور بعض الأعضاء وليس بالضرورة كل أعضاء المجتمع العلاجي. ويتم التنويه عادة أن المواجهة تكون بناءَّة وليست هدَّامة، مثلًا: لا نقول أنت لن تتغير أبدًا لأنك لا تشارك مع مشرفك. بل نقول لا أراك تشارك مع مشرفك فخذ بالك؛ لأن هذا يضعف فرص تغيرك. ولا يسمح باستخدام التعدي اللفظي أو الألفاظ الخارجة. ومَنْ تتم مواجهته لا يحق له تبرير ما تمت ملاحظته. والقائد يمنع الإساءات.

الماراثون: مجموعة قد تمتد لعدة ساعات أو حتى أيام، وتتضمن عددًا ثابتًا وعدة أنواع من المجموعات متلاحقة بين فترات الراحة والوجبات.

الأهداف (الجول): مجموعة من 10 إلى 15 فرد. ييسر القائد كل فرد أن يحدد أهداف تتميز كلها بأنها محددة وقابلة للقياس وعملية ومحددة التوقيتSMART. والأهداف قد تكون عملية: كاستخراج بطاقة شخصية. أو في العناية بالنفس كنظافة الأسنان. أو روحية مثل البدء في الصلاة أو أخذ الخلوة. أو في التعافي المشاركة مع عدد معين من الناس. ويحدد العضو عوائق أو حواجز الأهداف Blocks وعليه أن يحدد من 3 إلى 5 حواجز لتحقيق كل هدف مثل الكسل، واللامبالاة، وعدم اتخاذ قرار واضح، والتحجج بضيق الوقت الخ. ثم يحدد 3 إلى 5 عوامل مساعدة مثل الوقت، والناس، والإصرار، والرغبة في التغيير الخ. وأخيرًا كلمة تشجيع لنفسه مثل: أنا لا أستطيع ونحن نستطيع. ويكتب العضو الأهداف والحواجز والعوامل المساعدة وكلمة التشجيع. ويراجع القائد كلمة التشجيع لكل شخصين أو ثلاثة بحيث يردد الأفراد كلمة التشجيع عدة مرات. وتتم مراجعة الأهداف وتحقيقها كل أسبوع. تَقدُّم الفرد في مراحل المجتمع العلاجي متوقف على تقدمه في المجموعات.

تنظيم العمل: يتم توزيع المهام (أحيانًا كتابة) ويتم القيام بالعمل الفعلي في المجموعات: المطبخ والإعاشة والمزرعة الخ.

مجموعة تنظيمية للسكن (هاوس): تتلقى الشكاوي والمشاكل في الوجبات في الصيانة أو النظافة

الخ والترفيه.

التمعن (رفلكشن): في آخر اليوم يشارك كل فرد ما قام به وندم عليه، وعن أمانته أو تخليه عنها، وأفكار التعاطي وكيف تعامل معها، وعن تطبيق مبادئ البرنامج وكلهم يشاركون.

مجموعة الإجازات: تحدث قبل كل إجازة، وتشبه مجموعة الأهداف، وتكون محددة بالساعة في الإجازة: جلسة اجتماعية مع الأهل بدون طلبات أو طلب فلوس. خدمة عملية للأهل مثل تغيير لمبة أو نظافة البيت. وأهداف تعافي حضور اجتماعات وكلام مع المشرف. وجانب ديني مثل حضور العبادة. ويتم تقييم الإجازة بعد الرجوع منها.

مجموعة الترحيب: يتم في ربع ساعة للترحيب بالشخص الجديد والتعارف على زملائه ومشرفيه وقواعد المكان.

التقييم: في ورق مطبوع فيه عناصر مثل طلب المساعدة والغضب والمشاركة، وهو يُقيِّم نفسه بعد سؤال قائد المجموعة له.

أسوأ وأفضل: ويكتب فيها كل عضو في ورقة اسم أفضل وأسوأ مَنْ في المكان، ثم يقوم القائد بفرز الأصوات ويعلن أفضل 3 أسماء وأسوأ 3 أسماء. ويتم التصفيق لأفضل والتنبيه على صعوبة الاحتفاظ بالتقدُّم. ثم يقف الأسوأ ويشاركهم الأخرين بلماذا يرونه الأسوأ.

مكانك في البرنامج: يتم مراجعة موقف كل عضو في المراحل التأهيلية وتحديد مدى تقدمه من عدمه أمام المجموعة.

الكرسي الساخن: للأعضاء الذين تمت مواجهتهم بأخطائهم وجلسات فردية أو جماعية بلا طائل. ويجلس الأعضاء في نصف دائرة في مواجهته ويشاركونه بكيف يرونه سلبيًّا وكيف يؤثر عليهم سلبيًّا.

ثانيًا: مجموعات السيكودراما

وتتضمن الكرسي الخالي، والأقنعة، وتبادل الأدوار، وخاتم سليمان، والحلم المعجزة، وبِعْ واشتري، والسفينة وغيرها. وسنشرحها لاحقًا في فصل خاص عن السيكودراما.

ثالثًا: مجموعات الـ ١٢ خطوة

مجموعات الزمالة

اجتماع الخطوات

اجتماع المتحدث

اجتماع الهوية ID

اجتماع الشمع (كاندلز)

اجتماع العصي (ستيك)

اجتماع المتحدث

اجتماع الهوية ID

اجتماع الشمع (كاندلز) والخطوات واجتماع العِصِيّ والهوية (ID) والشمع (كاندلز) وقد شرحناها في فصل تيسير الـ12 خطوة.

إضافة للتأمل وفيه يجتمع الأعضاء، ويقرأون صفحة من كتاب التأملات، ويتبادلون الانطباعات عنها. ودراسة الخطوات وهو شبيه بشرح أو درس خصوصي للخطوة ومفاهيمها وتطبيقاتها. وهذه اجتماعات تعليمية.

رابعًا: مجموعات العلاج المعرفي السلوكي: وقد شرحناها بالتفصيل في فصل العلاج المعرفي السلوكي.

خامساً: مجموعات عامة:

وسنشرح تفصيلًا مجموعة الهُنا والآن ومجموعة المشاركة (بروسِس). ولكن هناك:

ورش العمل: غالبًا عن مفاهيم البرنامج قراءة أدبيات ثم مشاركة من الأفراد عن تطبيقات المبدأ واقتراحات لكيفية تطوير التفاعل معها.

الهوية: وفيها يشارك أحد الأعضاء كل تاريخ حياته. ويجب تجنب الثرثرة وشرح البطولات المزيفة التي قام بها.

وأهم شخصيات في حياتي: كأنه اجتماع هوية عن أهم الشخصيات في حياته.

الثقة: يتم تغمية عين المشارك ويقوده أخر يختاره هو للمرور بين دبابيس منثورة على الأرض. ثم يشارك مع أخرين على محاور الثقة في الله والنفس والأخرين بما فيها تكوين دائرة ثقة من أناس يثق فيهم.

مجموعات المساندة: شرح بقدر من التفصيل

وتتضمن مجموعات ال12خطوة وغيرها. ومجموعات المساندة ليست علاجًا جمعيًّا، حيث إنه لا يوجد دور للمعالج في هذه المجموعات، وإنما هي مجموعات يقوم فيها أعضاء المجموعة بمساعدة ومساندة بعضهم لبعض.

وتتميز بأنها:

متجانسة (مجموعة من الناس تعاني من مشكلة واحدة أو مشاكل متشابهة).

لا تهدف إلى كشف الصراعات العميقة.

لا تهدف بشكل مباشر إلى علاج بمعنى تغيير جذري في الشخصية والسلوك لكنها تساعد على مزيد من التوازن والنضوج النفسي لأعضائها.

كثير من العوامل العلاجية توجد في هذا النوع من المجموعات، وخاصة التي تتعلق بالتنفيس والراحة والتوحد والعمومية والتقليد والإلهام، وهكذا مع حضور أقل لعوامل مثل التبصر والتفسير والتفاعل.

سهلة، لا تحتاج لمعالج متدرب، وإنما تحتاج فقط لشخص قد اجتاز في مجموعة مساندة من قبل واستفاد منها.

يمكن بسهولة أن يكون لها توجه روحي دون مجهود كبير للتوفيق بين نظريات علم النفس.

تتجنب فكرة العلاج بما فيها من وصمة لذلك انتشرت في أُطُر متعددة

وحاليًا أصبح هناك كثير من الالتقاء بين النوعين من المجموعات، حيث إن المجموعات العلاجية تُقَدِّم الكثير من المساندة والدعم لأفرادها، وكذا مجموعات المساندة توفر كثير من فرص التغيير والعلاج لأفرادها.

قواعد مجموعات المساندة

الدقة في المواعيد (البداية والنهاية في موعد محدد).

تشجيع الجميع على المشاركة ، لكن في الوقت الذي يريده . احترام اختيار الصمت.

تشجيع الأعضاء على طلب المساعد من الله تعالى، وتوقع عمله في كل واحد، وأنه هو وحده القادر على تسديد احتياج الجميع (تشجيع التضامن وليس الاعتمادية).

تشجيع التعبير الحر عن الأفكار والمشاعر.

في بعض الأحيان مع بعض الأفراد الذين يعانون من سلوكيات إدمانية ، ربما نحتاج إلى التوجيه دون إدانة والحزم مع الحب.

في حالة وجود احتياج خاص لأحد الأعضاء تقوم المجموعة كلها بالدعاء في سكون فورًا من أجله.

المحافظة على قدر من الأمان واحترام الحدود في العلاقة بين الأفراد.

تشجيع على القبول غير المشروط للنفس وللآخرين.

وممنوع في مجموعات المساندة:

أن يسود واحد على الجلسة ولا يعطي فرصة للأخرين.

إرغام أحد الأعضاء على المشاركة رغمًا عنه.

الكلام عن شخص غير موجود.

الوعظ أو إلقاء المحاضرات.

إلقاء الأسئلة.

الكلام بصيغة الجمع (الواحد ، البني آدم).

الألفاظ التي لها صفة المصادرة على الآراء والمشاعر (دايمًا، غالبًا، لازم، طبيعي، مؤكد، ضروري).

أن يتكلم أكثر من شخص في نفس الوقت.

المقارنة: أن يرى أحد الأعضاء مشاكله أو ألمه أكبر من الأخرين.

مجموعة مشاركة المشاعر (بروسس Process)

تبدأ بما يُسمَّى تسجيل الدخول Check in ويشبه تسجيل الدخول في فندق أو تدريب مثلًا. لكن فيه تتم مشاركة الاسم الأول و مشاعري الآن في كلمة أو كلمتين أو ثلاث. بما فيها مشاعري الجسمانية والنفسية كان أقول: اسمي إيهاب وأنا مرهق ومتحمس وقلق. ثم يطلب المُيسِّر من الحاضرين أن يشاركوا بأكثر تفصيل مشاعرهم.

ونركز خلال المجموعة على مشاعرنا وأحاسيسنا هنا والآن بشكل عام: أي من الممكن أن نشارك عن اليوم أو الأسبوع أو المرحلة وليس هنا الآن حرفيًا. كما يمكن المشاركة بمشاعري الآن حول حدث تم منذ فترة لكني أشعر به الآن. يستحسن أن أوجه كلامي لأحد الحاضرين، ولكن هذا ليس ضروريًا. لكن يجب أن أتكلم عن نفسي.

يقوم المُيسِّر باستئذان مَنْ شارك إن كان يحب تلقي تجاوب (فيد باك) من أحد الأعضاء بالذات، أو من مجموعة منهم (البنات فقط مثلًا أو المتعافين فقط أو المشرفين فقط الخ)، أو من أي عضو أو إن كانوا لا يريدون فيدباك.

على أن الفيدباك يجب أن يكون بمشاعر مَنْ يقدمه أو خبرته الشخصية وبدون نصائح أو اقتراحات أو وعظ أو محاضرات.

قواعد المجموعة

مدة المجموعة من 60 – 90 دقيقة.

الأفراد من 6 - 20 .

من الأفضل أن يكون أفراد المجموعة عندهم نفس المشكلة.

مكان المجموعة مغلق و بعيد عن الضوضاء.

لا يوجد مأكولات أو مشروبات.

الذي يريد أن يشارك يوجه كلامه إلى عضو أخر ثم يبدأ الكلام.

يوجد قائد و أحيانًا مساعد له.

يشارك الشخص نفسه و أحاسيسه و مشاكله و مخاوفه وآماله.

ما يشارك به الأفراد داخل المجموعة لا يقال خارج المجموعة.

ونكرر إذا تم إعطاء تجاوب (فيد باك) يكون بخبرة و تجربة مماثلة - المشاركة لا تزيد عن 5 دقائق لإعطاء فرصة المشاركة لجميع ألاعضاء.

أحيانًا تكون المجموعة تحت عنوان (الخوف – التغيير – الأمل)، وأحيانًا تكون بلا عنوان وتتبع مشاعر المشاركين.

مجموعة أنا وأنت وهنا والآن

أصعب المجموعات لأن قواعدها قليلة وصارمة. تحتاج تدريبًا طويلًا (سنة كمشارك وسنة كمساعد) مع مُيسِّر خبير. فيها أنا أكلم شخص مباشرة. وهنا الآن فقط وبالمعنى الصارم: هذه اللحظة فقط. وممنوع الاستئذان ولا تسجيل دخول أو خروج. لا تحضير مسبق ولا موضوع. وممنوع العنف البدني.

نحن لا نحيا إلا هنا والآن: الماضي ذكريات مضت وانتهت والمستقبل أحلام أو توقعات وخطط. الماضي انتهي والمستقبل لم يحدث نحن لا نحيا إلا اللحظة ولا نحياها بالتمام إلا في مواجهة الأخر. وفيها يتم الاقتراب من مشاعري والتعبير الأقصى عنها. إن أتقنت الهُنا والآن والأنا والأنت أتقن تلقائيًّا الوعي بنفسي والأخرين، الحساسية والإنصات والمُوَاجَدَة في أقصى صورها. لأنه لا توجد علاقة إلا أنا- أنت.

وهذا في تصوري معنى ما قاله الصوفي النفري: أنت معنى الكون كله.

أدوار القائد ومهامه وأهمية طبيعة شخصيته تتبدى في أقصى صورها في هذا النوع من المجموعات يجب أن يتمكن القائد بسلاسة من التحفيز السلس والملاحظة الدقيقة بتوازن وبدون أن يبذل في هذا مجهودًا. وأن يتمكن من حسن استخدام أساسيات ألعاب الجروب والسايكودراما.

حيث إنه خط الدفاع الوحيد لحماية الأعضاء من الإساءات المحتملة؛ لأن القواعد مرنة جدًا ومفتوحة ولا توفر هذا.

وحيث إن عليه أن يقود التوجه مستعينًا فقط بتيار الوعي الذي يبزغ في الهُنا والآن. ومع وجوده في اللحظة عليه أن يحمل ذاكرة المجموعة في وعيه.

لذا فعليه أن يكون متمتعًا بالصفات ومتمكنًا من المهارات التي سنشرحها الآن. وإن كان التمكن الكامل من كل المهارات والتمتع الكامل بكل الصفات غير ممكن. لكن قيادة مجموعات هُنا والآن تتطلب أكثر من باقي أنواع المجموعات أكبر قدر ممكن من هذه الصفات والمهارات.

مهارات وصفات قائد المجموعة الفعَّال

تختلف الآراء حول مقدار المشاركة الإيجابية للقائد في المجموعة. هناك مَنْ يرى دورًا محوريًّا للقائد أو المُيسِّر أو المعالج طالما كانت المجموعة مستمرة. وآخرون يرون أن دور القائد يتضاءل مع نمو المجموعة وصولًا حتى لأن تكون المجموعة بلا قائد leaderless . في كل الأحوال يتفق كل دارسي وممارسي المجموعات العلاجية هو أن الأعضاء أنفسهم وعلاقاتهم ببعض وتفاعلاتهم هو مايميز المجموعات العلاجية عن الجلسات الفردية. ومن ثَمَّ يكون دور القائد في المقام الأول، هو دور العامل المساعد أو المُحفِّز catalyst لهذه التفاعلات. والمُيسِّر المُنظِّم لها.

وأحيانًا في بعض المدارس العلاجية أو المشورية تكون من مهامه أيضًا أن يُلقي الضوء عليها ويوضحها للأعضاء.

الجو العام الذي تخلقه شخصية وحضور المعالج من العوامل القوية المساعدة على التغيير. المعالج هو إنسان له حضور شخصي مقبول يشع في وسط المجموعة قيمًا علاجيَّةً هامةً «المُوَاجَدَة- الدفء- الاحترام- القدوة- المسؤولية.»

كلما قلَّت تدخلات المعالج كلما كانت المجموعة أكثر نجاحًا وفاعلية. مثال:» حكم المباراة.»

يقول كارل روجرز: أفضل القادة هو مَنْ لا يُدرك الناس بوجوده. ويقول المثل الصيني أفضل قائد هو مَنْ يأخذ أفراد مجموعته إلي مكان ما. ويعتقدون بأنهم هم مَنْ ذهبوا إليه بمفردهم. ويقول لاوتسو الحكيم الصيني:

عندما أتوقف عن التدخل في حياة الناس، يعتنون بأنفسهم. وعندما أتوقف عن إعطاء الأوامر الناس، يُحسِّنون سلوكهم. وعندما أتوقف عن وعظ الناس، يطوِّرون أنفسهم. وعندما أتوقف عن فرض نفسي على الناس، يصيرون أنفسهم.

لذا على المعالج الفعَّال أن يتصف هو شخصيًا بالخصائص التي حددها كارل روجرز لتحقيق التغيير الإيجابي

الدفء دون استحواذ.

المُوَاجَدَة.

الصدق أو الأصالة.

كما أن واجبه الأساسي أن يحفز وجود هذه الخصائص بين أعضاء المجموعة.

على أن تدخلات قائد المجموعة في العلاج النفسي «المرضى النفسيين» تختلف عن تدخلاته في مجموعات المساندة أو التعافي «مرضى الإدمان– الدعم والمساندة.» كما يختلف مدى تدخل القائد باختلاف نوع المجموعة «المشاعر– الكرسي الخالي– هُنا والآن «هِنا ودلوقتي».

في كل الأحوال طبيعة دور المعالج «المشير» داخل المجموعة تتطلب بالضرورة إنسانًا مشاركًا بعمق ومسؤولية. وهي أمور لا تجعل من المجموعة مجرد مكان لتنمية مهارات المعالج. بقدر ما هي مكان لنمو شخصية المعالج «المشير» وتعميق نوع وجوده وحضوره.

وتتضمن صفات ومهارات القائد الفعَّال للمجموعات:

1- الرنين الوجداني: هو القدرة على أن يشعر الأخرين بما أشعر به. عليّ نقل شعوري بسلاسة للأخرين. قائد المجموعة يجب أن يتمتع بقدرة على التعبير عن مشاعره بصورة تصل للأخرين. غالبًا لن يستفيد أعضاء المجموعة من دفء واحترام قائدها إن لم يكن هذا القائد قادرًا على نقل الشعور بالدفء للأخرين. وإذا تضامن القائد مع حزن أحد الأعضاء بأن شعر بقدر من حزنه لكنه كان عاجزًا عن أن «يرن» هذا الحزن التشاركي في وجدان باقي الأعضاء، فسيغيب تأثير هذا التضامن الوجداني. القائد الذي لا يتمتع بحضور ورنين وجداني قد يشعر أعضاء المجموعة بالملل

أو يجبرونه على ترك القيادة للأخرين.

2- المُوَاجَدَة: مواجدة القائد هي قدرته على إخلاء النفس من التحيزات والمشاعر الشخصية مؤقتًا لرؤية الكون من خلال رؤية من أواجده (راجع الشرح التفصيلي في فصل المقابلات الدافعية).

3- وعي القائد بما يدور في داخله: قد يشعر قائد المجموعة بالخوف أو الغضب. كما قد يشعر بالنفور من أحد الأعضاء أو الإعجاب الشديد أو حتى الانجذاب الغرامي أو الجنسي لأحد أعضاء المجموعة. القائد الذي لا ينتبه لما يدور بداخله ويقدر أن ينظمه ويستخدمه بما يفيد المجموعة قد يسبب ضررًا لأعضائها. ولذا على القائد أن يستفيد من احتجاجات وانتقادات الأعضاء له وألا يكون دفاعيًّا وأن ينتبه لدفاعاته هو وسلوكه الداخلي والخارجي ويعمل عليه. قائد المجموعة إنسان له احتياجات ويصارع مع ضعفاته وسمات شخصيته الإشكالية. مهما بلغت درجة «نضوج» أو مهارة أو مهنية القائد يجب أن يظل منفتحًا لوعي جديد واستبصار جديد بما يدور داخله.

4- تجنب الإسقاط على أعضاء الجروب وإحلال المشاعر: الإسقاط من أكثرالدفاعات بدائية وإيذاء. كأن يرى البخيل كل الناس بخلاء ولا يرى بخله. والقائد الذي يسقط رفضه لغضبه أو خوفه أو ندمه أو كسله على أعضاء المجموعة لا يفيدهم. وكذا مَنْ يحيل غضبه على أبيه المهندس مثلًا إلى غضب على مهندس عضو في المجموعة يشبه أبيه.

5- القدرة على استخدام مايدور داخله إذا كان يفيد المجموعة أو الامتناع عن ذلك متى كان لا يفيد:

وهذا يتضمن ولكن لا يقتصر على القدرة على الإفصاح Disclosure أو الامتناع عن ذلك. أي أن القائد قد يغضب في المجموعة ولا يُفصح عن غضبه أو عن جذور وأسباب غضبه لكن يستخدمه بدون إفصاح وقد يفصح عن الأسباب والجذور. السؤال الأساسي يظل هو كيف سيستفيد الأعضاء من هذا الإفصاح؟.

7- التمكن من استخدام ألعاب الجروب: وهذه تتضمن في بعض المجموعات ألعاب السيكودراما أو لعب الأدوار وتقنيات (تكنيكات) مثل أكمل الجملة أربع مرات. كأن تُقترَح لُعبة: أريد أن أقترب منك لكن.... أو أريد أن أقترب منك لدرجة.........

8- القدرة على حماية مَنْ يتعرض لتنمر أو إسقاط أو عداونية دون حدوث قهر أو كبت لمشاركات الأخرين.

9- تحويل أخطائه إلى المسار الصحيح. ليس القائد الفعَّال هو مَنْ لا يخطئ (هذا مستحيل) ولكن من يبني على خطئه مسارًا جديدًا يفيد أعضاء المجموعة.

10- الاقتراب من أنا وأنت وهنا والآن حسب نوع المجموعة.

11- أن يكون مُيسِّرًا وليس محاضرًا أو واعظًا.

12- مراعاة فروق السرعة في التعبير.

13- التوجه نحو مجموعة تقود ذاتها.

14- تحمل الصمت: الصمت في المجموعة هو في ذاته نوع من التفاعل، بينما يظن كثيرون في

التفاعلات الاجتماعية خاصة بين الغرباء أن الصمت هو تعبير عن الرفض أو النفور أو الإهمال أو العدوان السلبي. ولذا قد يشعر القائد أن عليه أن يتكلم سريعًا لو حدث صمت في المجموعة، أو يجعل المشاركين يتكلمون. بينما الصمت نفسه قد يخلق ضغطًا إيجابيا أو تماسكًا أو يسمح للخجولين بفرصة لاستجماع قواهم والمشاركة الخ. القائد المحنك يحتمل الصمت ويفحص نفسه فيه، ويستبين مايحدث داخله هو شخصيًّا وداخل الأعضاء، وينطلق منه لتحفيز تفاعلًا أفضل.

15- التمكن من مهارات الإنصات المُتَمَعِن.

16- تأسيس ثقافة المجموعة وتطويرها والحفاظ عليها.

إذن يتضمن ما يقوم به القائد:

1- إقرار قواعد المجموعة:

القواعد هي الحدود التي تحفظ جو المجموعة، وتضمن بيئة محمية وآمنة لكل أعضائها. مثال: «يعرض قائد المجموعة القواعد على أعضائها بشكل خاص الأشخاص الجدد. فالقواعد تساعد المجموعة على القيام بعملها وتحدد ما يجب أن يتوقعه أعضاء المجموعة بعضهم من بعض.»

تحدد القواعد، المسموحات والمحظورات داخل المجموعة. ما يمكنني فعله، وما لا يمكنني تجاوزه.

هناك قواعد عامة لكل المجموعات، كما أن هناك قواعد استثنائية لمجموعات أخرى.

أحيانًا يقوم المُيسِّر»القائد« بتوزيع ورقة عليها مجموعة قواعد. يحتفظ بها كل شخص من الحاضرين «المجموعات الأسبوعية للأعضاء الجدد.»

بعض القادة يقومون بتعليق لوحة عليها قواعد المجموعة في غرفة المجموعات.

2- تقديم القدوة:

يجب أن يتمتع قائد المجموعة باستبصار وفهم جيد للنفس، والقدرة على المشاركة بشفافية ووضوح. كما عليه أن يتمتع بالقدرة على عمل مُواجَدَة دقيقة وإحساس وفهم للأخرين. كي يتمكن من تقديم نموذج للسلوك المرغوب فيه داخل المجموعة:

ينبغي أن يكون القائد نموذجًا للسلوك المرغوب فيه داخل المجموعة بما يتضمن:

المشاركة بانفتاح» الأصالة»- الصدق- الشفافية.»

الإنصات الإيجابي الفعَّال.

إعطاء رد فعل لا يحمل الإدانة بل يحمل التفهم.

التعامل بحكمة وهدوء مع نقد المجموعة.

المحافظة على قواعد المجموعة.

3- القبول:

أهم ما يمكن أن يمنحه القائد لأعضاء المجموعة هو القبول.

ويُقصد بالقبول عدم الرفض أو الحكم على الأخر.

إن أفضل وأسهل أمر يُحقق القبول هو الاستماع دون حكم أو إدانة.

يجب أن ينقل المُنسِّق قبوله لفظيًّا وسلوكيًّا في نفس الوقت.

لكي يعكس المُيسِّر روح القبول بصورة سلوكية غير لفظية، عليه أن يراعي تعبيرات وجهه ووضع جسمه.

يتحدد حجم التعافي داخل البيئة العلاجية بحجم القبول المقدَّم للعملاء.

4- المواجهة:

إن الدافع الأساسي وراء العلاج الجمعي هو الحرص على النمو الشخصي لكل عضو عن طريق مواجهته بسلوكه المعرقل. المعالج الكفء هو شخص مُتقبِّل واسع الصدر لا يُصدر أحكاما. المواجهة من المهارات التي إن لم يُحْسَن استخدامها. سيعتبرها أعضاء المجموعة هجومًا. وإساءة استخدامها يهدد جو الأمان والقبول في المجموعة. كما يهدِّم أيضًا قيمًا تحاول غرسها في العميل، مثل القبول و الاحترام.

لكن المواجهة تعني، أن المعالج «القائد» لن يتغاضى عما يراه في سلوك العميل من سلبيات يحاول بها هدم نفسه وكأنه عدو لها، ولكنَّه بشجاعة يستكشف مع العضو نوع السلوك الهادم للذات، بينما يُبين اهتمامه به وحرصه على مصلحته. كما يؤكد على أن ذلك هو ما يدفعه للمواجهة.

ينبغي أن يُدرك العميل بأن القائد يواجهه لا لأنه يكرهه. ولكن، لأنه يرفض سلوكه المعطِّل والمؤذي للأخرين. الكثير من الإساءات تحدث تحت مسمى المواجهة ومن خلالها. المواجهة داخل المجموعة. أسلوب علاجي وليست هدفًا في حد ذاته.

عندما تقوم بالمواجهة:

ساعد العميل على فهم الدوافع الحقيقية وراء مواجهتك له.

استخدم وقائع حقيقية. بدون وقائع لن تكون هناك مواجهة فعَّالة.

وضِّح للعميل حبك وقبولك له كشخص. ورفضك لسلوكه المعِّطل.

5- الحماية:

على القائد حماية أعضاء مجموعته من التعليقات المقللة للشأن. ومن التفسيرات والتقييمات التي يمكن أن تأتي من أعضاء أخرين. ولكن إذا مارس القائد حماية زائدة على الأعضاء. سيخشى أعضاء المجموعة المشاركة، وسيفقدون الإحساس بالحرية.من الأفضل أن تقوم المجموعة ككل بحماية أفرادها.

لا بد للمُنسِّق «القائد» من التدخل في المواقف التالية:

عند ورود ملاحظات سلبية وهي الملاحظات التي تقلل من شأن الأخر. على سبيل المثال: «أنت أكيد هتضرب.»

عند ورود تعليقات تفسيرية أو تحليلية. كأن يقوم عضو في المجموعة بتفسير سلوك أو مشاركة شخص آخر. مثال: «أنت بتعمل كده علشان أنت اتعرضت لعنف شديد في طفولتك.»

عند ورود تعليقات تقييمية. وهي تعني تقييم رأي الأخر. كونه مصيبًا أو مخطئًا. جيدًا أو سيئًا. مثال: «محدش بيبطل بالطريقة دية.»

6- التطمين والتشجيع والمساندة:

متى يحتاج العميل إلي تشجيع ومساندة؟

تظهر براعة المعالج عندما يُقدِّم تلك المساندة في اللحظات الحاسمة، وبما يناسب الموقف «أنت بتكبر- أنا فخور بيك»، ولا تشجع أحاسيس العميل بالشفقة والتمحور حول الذات.إن الهدف الأساسي من تلك المهارة. حث العميل على الاستمرار في التغيُّر والنمو وتخطي العقبات التي تواجهه.

يستخدم المعالج النفسي الكفء كل وسيلة لتقديم المساندة من خلال الصوت والإيماءات والتعبيرات الوجهية وبذل كل جهد ممكن؛ ليبين أنه يقف مع عضو المجموعة الذي يمُرُّ بتلك المعاناة النفسية، وأنه يمد يد الرعاية والفهم والتقبل له بكل الأشكال الممكنة.

شجِّع على سمات إيجابية حقيقية «لا تجامل.»

شجِّع بكل الطرق بالصوت- بالإيماءات- بتعبيرات الوجه.

علِّم أفراد المجموعة تشجيع ومساندة بعضهم لبعض بموضوعية ودون نفاق.

7- تقديم المعلومات:

من القواعد الهامة داخل العلاج الجمعي ألا يقوم المعالج «المُيسِّر» بإلقاء المحاضرات أو إسداء النصائح داخل المجموعة. فعلى القائد أن يتجنب الظهور بمظهر الخبير، كي لا يزيد المسافة بينه وبين العملاء.كما عليه أن يتجنب تكريس مشهد المدرس والتلاميذ. تقديم المحاضرات أو النصائح يجعل القائد مركز الانتباه وليس الأعضاء.

لكن تقديم المعلومات في المجموعات غير التعليمية يحدث عادة في المجموعات بصورة غير مباشرة أساسًا، ويجب أن يقوم القائد بإتقان ذلك الدور والقيام به بكفاءة. طبعًا هذا لا ينطبق على المجموعات التعليمية كمجموعات ال12خطوة الدراسية ومجموعات العلاج المعرفي السلوكي وغيرها.

المهارة في تقديم المعلومات. سواء في شكل توجيهات أو تفسيرات أو معرفة ضرورية. وهي تتضمن تَمتُّع القائد بالقدرة على التمييز، فهل تلك المعلومات لازمة ومفيدة لشخص أو لعدة أشخاص؟ وهل ذلك هو الوقت المناسب لتقديمها؟

قد يكون من الأفضل أحيانًا تقديم المعلومات لفرد معين خارج المجموعة.

8- استخدام رسائل واضحة ومختصرة وذات معنى:

من المهام الحيوية في العلاج الجمعي إرسال رسائل واضحة ومحددة وذات معنى. فحتى لو كانت

لدى المعالج الخبرة الكافية في كل نواح العلاج الجمعي. وكان فاشلًا في التواصل، فستذهب جهوده سُدى.

إن المعالج الجمعي المبتدئ هو مَنْ يقدم المواعظ والخطب الجوفاء، أو يبالغ في الحديث أو يعقِّد الأمور البسيطة ويستخدم مصطلحات غامضة. يجب أن يستخدم المعالج رسائل واضحة بكلمات محددة ومختصرة (مكثفة). يجب أن تكون الرسائل ذات معنى ومفهومة للمتلقي. المعالج يقدِّم نموذجًا أيضًا لأعضاء المجموعة في تقديم الرسائل المحددة والواضحة. المعالج الناجح هو الذي يُعلِّم أعضاء مجموعته إعطاء تجاوب مناسب «فيدباك» في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

9- التعرف على السلوك غير اللفظي وتفسيره:

المعالج الجمعي الذي لا يعي بأن السلوك غير اللفظي هو مصدر هام للمعلومات بالنسبة لدفع العلاج إلي الأمام لن يصبح فعَّالًا. السلوك غير اللفظي في الجماعة له دلالة أكبر بكثير مما يحدث في العلاج الفردي لأن المثيرات تأتي من مصادر متعددة.

إن أول مهام المعالج الجمعي هو التعرف على أنواع السلوك غير اللفظي الموجودة وملاحظتها وجمعها. فالسلوك غير اللفظي ينبعث باستمرار من كل أعضاء الجسم، مثل: هز الرأس– تعبيرات الوجه– الانثناء إلي الأمام أو الخلف- النظر في الفضاء ضم الذراعيين– الابتسامة الدائمة- الضيق على الوجه.

القائد الفعَّال هو الدَّارس المتعمق للسلوك غير اللفظي. فهو يستخدم المعلومات غير اللفظية ليجذب أحد الأعضاء إلي المشاركة في أنشطة الجماعة أو ليعطي تقريرًا تقيميًّا «فيدباك» واقعيًا ودقيقًا، أو ليساعد العضو على تلقي الرسائل الموجهة إليه. مثال:

أنا ملاحظ إنك متوتر لأنك عمال تهز رجلك. نفسي تشاركنا عن إحساسك دلوقتي.

أنا مفهمتش ابتسامتك وأنت بتتكلم عن مخاوفك. التعرف على السلوك أمر هام وكذلك تفسير وفهم السلوك.

10- التعامل مع الصمت:

كما أسلفنا المعالج المبتدئ يتهدد بالصمت ويشعر بالقلق على المجموعة، وربما يشعر بأنها فشلت.

المعالج الكفء لا يتهدد بصمت المجموعة وإنما يُدرك بأن الصمت هو شكل أخر من أشكال السلوك الإنساني، وأن من حق الناس أن يصمتوا.

الصمت بالنسبة للمعالج هو وقت لجمع المعارف، لذلك هو لا يُظهر الانزعاج أو خيبة الأمل.

عادة ما يقوم أعضاء المجموعة بالتفكير العميق، ومناقشة أنفسهم أثناء فترة الصمت تلك. لذلك على المعالج أن:

لا يتهدد بصمت المجموعة ولا يشعر بخيبة الأمل.

لا يتعجل كسر الصمت بأن يقول أي كلام للخروج من الصمت.

يتحمل الصمت ويتابع جيدًا أعضاء المجموعة.

يلاحظ التعبيرات غير اللفظية لكل أعضاء المجموعة ويحاول فهمها.

11- التلخيص والمراجعة:

التلخيص والمراجعة التي يقوم بها المعالج في نهاية المجموعة. من المهارات الهامة التي يجب عليه إتقانها. التلخيص الفعَّال يشمل جمع الخيوط الأساسية من مجموع ما قاله الأعضاء والخروج منه بأمور محددة تخدم الأهداف العلاجية. وهو يعني أن يُلم المعالج بالتفاعلات التي تمت داخل المجموعة ويلخص الهامَّ والمفيد منها، ويعيد تقديمه في نهاية المجموعة. التركيز على الأفكار العلاجية البناءَّة وإعادة تقديمها باختصار. وهو نوع من أنواع الإنصات المُتَمَعِن. وتجاهل الحشو والكلمات عديمة النفع والتي لا تفيد العملية العلاجية.

يفيد عندما يميل الأعضاء لنسيان ما تعلموه أو تفوتهم المعاني الهامة.

تصحيح الأفكار الخاطئة وتحديد المعاني بدقة.

كما يستخدم في المجموعات التعليمية «دراسة الخطوات - منع الانتكاسة - مهارات الحياة - مجموعات التلمذة.»

12- التوقيف:

وهو أحيانًا يكون ضروريًّا عندما يحدث التوقيف عندما يقوم القائد بمقاطعة المشاركة لكي يوقف سلوكًا يعيق تدفق المجموعة؟

التوقيف يكون هامًا جدًا عندما:

يقوم أحد الأشخاص بعمل رد فعل عدائي أو عنيف لشخص أخر.

عندما يتم انتهاك قواعد المجموعة.

عندما يتكلم أحد الأشخاص كثيرًا بشكل مبالغ فيه.

عندما يتجمع بعض الأشخاص على شخص ويهاجموه (كبش الفداء).

عندما يقوم أحد الأشخاص بسؤال الأخر أسئلة شخصية وكأنه يستجوبه. من الأهمية بمكان أن يتم التوقيف بهدوء وحكمة ودون تهديد لجو المجموعة.

تطبيق عملي

يقوم المدرس بعمل مجموعة تطبيقية تسمح بتوضيح أدوار قائد المجموعة ومهاراته. في نهايتها يقوم بسماع تعليقات الأعضاء والرد على أسئلتهم حول أدوار ومهارات القائد.

مراحل نمو المجموعة:

تعددت الزوايا التي ينظر من خلالها أصحاب العلاج النفسي الجمعي إلي نمو المجموعة. فمسألة نمو المجموعة هي حجر الزاوية في حياة المجموعة العلاجية. وجهة نظر ترى النمو من خلال تطوُّر العلاقات بين أعضاء المجموعة ، وتأتي وجهة نظر أخرى عن طريق نظرية ويلفريد بيون

التي ترى بأن نموَّ الجماعة هو محصلة للعمل الوجداني المصاحب له خلال قيام المجموعة بمهامها. وجهة النظر الأخيرة ترى أن نمو المجموعة ما هو إلا نمو الثقة بين أعضائها.

والحقيقة إن وجهات النظر تلك، هي وجهات نظر متكاملة ولا بد للمعالج من أن يُلِّم بها؛ لأن كل جماعة تختلف في طريقة نموها بحسب ظروف تكوينها. ولكن توجد مراحل للنمو متشابهة بين المجموعات المختلفة. كذلك توجد مناطق للنمو أو عناصر لقياس نمو المجموعة. يمكن تصور مراحل نمو المجموعة كالتالي:

المرحلة الأولي: مرحلة الانحصار في الذات. التكوُّن أو توزيع البونبوني

تتميز بالخوف «القبول أو الرفض»، والترقب «للعلاقات والأشخاص المختلفين». وكثرة الأسئلة والاستفسارات عن المجموعة وعن المطلوب من كل فرد. والانحصار في المشكلة الشخصية. والرغبة في حماية النفس.

والتواصل قد يكون بهدف حماية الذات. توزيع التحيات والمجاملات وذكر الانطباعات الإيجابية في هذه المرحلة طبيعي، ويخدم الأهداف التي ذكرناها.

المرحلة الثانية: مرحلة الصراع.

تبدأ أنماط السلوك والعلاقات غير الصحِّية في الظهور.يبحث الأفراد عن المكانة والنفوذ. تظهر المنافسة والرغبة في السيطرة وخاصة عند اتخاذ القرارات.

يحدث التنافس والشقاق حول موضوعات صغيرة، بهدف تدعيم مكانة كل فرد داخل المجموعة.

احتياجات هذه المرحلة:

في هذه المرحلة قد تنمو المجموعة وتجتاز ذلك الصراع وقد تفشل وتنهار. وهنا يجب على المُيسِّر ضمان:

الالتزام بقواعد المجموعة.

الاتفاق حول كيفية اتخاذ القرارات. «الأغلبية، الإجماع.»

وجود نظام واضح قد يُرغم الأعضاء على فعل ما لا يرغبون به إلا أنه أفضل بكثير من «اللا نظام.»

قد يحتاج الأمر من قائد المجموعة، إلي عمل جلسات فردية مع بعض الأعضاء.

المرحلة الثالثة: مرحلة الانسجام:

بعد فترة، قد يبدأ الأفراد في التقرب بعضهم لبعض، ويكوِّنون مجموعات داخل المجموعة الواحدة.

مع الوقت تنسجم تلك المجموعات الصغيرة معًا ليحدث تجاوب بين المجموعة ككل. يحدث ذلك إما بوجود توافق وتآلف حقيقي بين الشخصيات، أو يتحقق عن طريق قبول الاختلاف والاعتراف بوجود الفروق الفردية.

القبول غير المشروط هنا، هو الذي يجعل من المجموعة بيئة صالحة لنمو أعضائها والاهتمام بمشكلاتهم الشخصية وتحقق مناخ آمن للتغير. والعكس صحيح قد تستمر المجموعة في حرب باردة مما يجعلها غير فعَّالة.

المرحلة الرابعة: تقييم الأعضاء لأنفسهم:

عندما تستقر المجموعة. تصبح مكانًا آمنًا يبدأ الأفراد فيها بالشعور بالأمان الكافي؛ ليواجهوا مشكلاتهم الشخصية واحتياجهم للتغيير. والانفتاح والمشاركة بأمانة وشفافية «التواصل بهدف المعرفة.» هو أهم ما يميز هذه المرحلة. قد تقع المجموعة في خطأ عندما تقدِّم لأفرادها قبولًا غير مشروط، لدرجة تجعلهم معها غير متوافقين مع المجتمع الخارجي بسبب تعارض سلوكياتهم وأفكارهم مع ما هو سائد في المجتمع. فتتسبب المجموعة في مزيد من سوء التكيُّف مع المجتمع. يجب أن تحدد المجموعة هدفها منذ البداية، وأن يكون توجهها فقط نحو الشفاء والتغيير لأعضائها.نجاح المجموعة لا يُقاس بما يحدث داخلها فقط، بل بما يحدث خارجها أيضًا.

عناصر قياس نمو المجموعة

١ ـ مناخ المجموعة:

المناخ المادي والمناخ الانفعالي الإثنان لهما نفس الدرجة من الأهمية لاستمرار نمو المجموعة.

وهذا يتضمن المناخ المادي ووضع الجلوس والإضاءة المناسبة والتهوية الجيدة. كل العوامل التي تساعد على الهدوء والتركيز.

٢.المناخ الانفعالي:

المناخ الذي يتميز بالود، ويشجِّع على نمو الثقة بين الأفراد، ويقلل من القلق، ويشجعهم على الانفتاح والمشاركة وإخراج أفضل ما لديهم.

٣ ـ الانشغال بالمجموعة:

نعني به انجذاب الفرد إلي بقية أعضاء المجموعة وأنشطتها. هناك علاقة وثيقة بين المشاركة في أنشطة المجموعة ودرجة الانشغال بها. الجماعة التي ينشغل بها أعضاؤها هي تلك التي ينمو فيها الإحساس بالتضامن والتماسك وتصبح أكثر قوة وصحة.

يمكن رفع درجة الانشغال بزيادة جاذبية أنشطة المجموعة ودرجة الإشباع التي يتلقاها الفرد في المجموعة.

٤ ـ التفاعل:

يعدُّ التفاعل الجيد بعدًا أساسيًّا في نمو المجموعة. كلما زاد التفاعل بشكل عام، زاد التماسك ونمت العلاقات بين الأعضاء. وكلما زاد إحساس الأعضاء بالاطمئنان والتقبل، زاد إقبالهم على التفاعل والتعبير عن أنفسهم.

ولكن كلما زادت مشكلات العلاقات والشللية والصراع على المكانة، زادت العقبات في وجه التفاعل الحر.

٥ ـ التماسك:

يتحقق التماسك نتيجة المناخ الجيد الذي توفره الجماعة وانشغال الأعضاء بها وتفاعلهم فيها. تشير الدراسات إلي أن تغيير السلوك والاتجاهات أكثر احتمالًا في المجموعات الأكثر تماسكًا وجاذبية لأعضائها. يمكن أن يتحول التماسك إلي خطر يهدد نمو المجموعة. عندما يرفض الأعضاء قبول أعضاء جدد، عندئذ تتجمد المجموعة وتتقوقع داخل نفسها، ولا تتيح لأعضائها فرصة النمو والنضوج.

٦ ـ الإنتاجية:

وهو ما ينجزه الأعضاء على طريق تحقيق أهدافهم الذاتية. لأن ذلك الإنجاز هو الذي يوفر الدافع المحرك لدى الأعضاء. عندما تتحقق أهداف الفرد وأهداف المجموعة يشعر الأفراد بالرضا والاشباع والفخر للانتماء لتلك المجموعة.

الأعراض الجانبية للمجموعات:

التحزب المزدوج أو الجماعي: قد يشكل عضوان في المجموعة ثنائيًّا Pairing يعوق تفاعلهم مع باقي الأعضاء أو يضعفه. أو قد تتكون حلقات مقفولة «شللية» داخل المجموعة تعوق الانتماء والتماسك أو تُكوِّن مشاكل أخرى.

العنف الزائد: قد تظهر بين الأعضاء نزعة نحو المواجهة الشديدة التي قد تصل إلى حد العنف. وقد يظهر هذا العنف داخل المجموعة أو خارجها.

كبش الفداء: قد يجتمع أعضاء المجموعة كلهم أو معظمهم على انتقاد أحد الأعضاء أو الهجوم عليه، خاصة أولئك الذين قد يستدعون هذا الدور بسبب صفاتهم السلبية.

التنافس على الكلام والفوز للأكثر مبادرة: قد يستولى الأكثر قدرة على الكلام أو الأكثر توكيدية ومبادرة على فرص الكلام في المجموعة على حساب الأكثر خجلًا أو هدوءً.

أسئلة للمناقشة الدراسية:

اكتب في 3 سطور أهم الفروق بين مفهوم العلاج الجمعي ومفهوم المجموعات العلاجية.

ما أهم 5 عناصر من عناصر يالوم العلاجية في رأيك ؟ اشرح هذا مستعينًا بخبرتك الشخصية في مجموعة تكون قد حضرتها.

اكتب عن خبرتك السابقة وما عرفته عن المجموعات العلاجية وكيف تطوَّرت بعد دراستك لهذا الفصل؟

اشرح 7 من صفات ومهارات قائد المجموعة الفعَّال بكلماتك أنت.

اذكر 3 صعوبات أو مخاوف قد تواجهها المجموعة في مختلف مراحل نموها.

ما تقييمك لدور مجموعات المساندة ودور مجموعات المشاعر في مقابل دور مجموعة هُنا والآن.

ما الطرق التي يمكنك لو أحببت استخدامها لتُطوِّر فعاليتك كقائد مجموعة؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

تذكر

المجموعات العلاجية هي الأسلوب الأساسي في التعامل مع الإدمان.

كل عناصر يالوم العلاجية تنطبق على مجموعات التعامل مع الإدمان. وهي ضرورية لضمان فعاليتها.

نمو قائد المجموعة في وعيه بذاته ونوعية وجوده وحضوره، هما العناصر الأهم في بناء جو التغيير الإيجابي في المجموعات.

مجموعات المساندة والمشاعر والهُنا والآن، تتفق في بعض مكوناتها وتختلف في مكونات أخرى.

للمجموعات آثار جانبية يجب ملاحظتها والتعامل معها.

قيادة المجموعات مهارة تُكتسب أساسًا بالممارسة تحت إشراف خبير.

المراجع ومزيد من الاطلاع

References

AlleyDog.com (2021) Group Counseling, Psychology Glossary

https://www.alleydog.com/glossary/definition.php?term=Group+Counseling Accessed on 17/5/2021

Caputo, A (2019) The Experience of Therapeutic Community: Emotional and Motivational Dynamics of People with Drug Addiction Following Rehabilitation. International Journal of Mental Health and (Addiction volume 17, pages151–165 (2019

Miller, L (2021) Substance Abuse Treatment & Types of Addiction Therapy Last Updated: July 20, 2021

https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment last accessed 11/8/2021

Patterson, E. (20121) GROUP THERAPY: SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, Addiction Centers of America, Last updated on July 16, 2021

https://drugabuse.com/treatment/therapy/group/; last accessed .11/8/2021

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); (2005) Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 41.Center .(for Substance Abuse Treatment.Rockville (MD

Strobbe, S. (2020) Applying Yalom’s Therapeutic Factors to Alcoholics Anonymous. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1806-6976&lng=pt&nrm=iso

Yalom, I. D. (1995) The Theory and Practice of Group .Psychotherapy, Fourth Edition, Basic Books, New York

الفصل الخامس

المجتمعًات العلاجية

أو مراكز إعادة التأهيل الاجتماعي للمدمنين

نناقش في هذا الفصل الخامس تعريفات المجتمعات العلاجية من حيث كونها أماكن تجمع أناس يعانون من نفس المشكلة، ويعيشون أو يقضون معظم الوقت في مكان واحد تحكمه قواعد ولوائح ومراحل محددة. ويلعب فيه المجتمع الصغير هذا الدور الرئيسي في العملية العلاجية. ومراكز تأهيل المدمنين هي النوع الأكثر انتشارًا من هذه المجتمعات العلاجية. ثم نستعرض تاريخ وجذور المجتمعات العلاجية. وأنواعها والفلسفات العلاجية الأكثر انتشارًا فيها. وما المشتركات والتمايزات بينها مع لمحة سريعة عن فاعليتها. ونستعرض مفهوم بيئة أو «جو» البرامج ذات التوجه المجتمعي، وكيفية قياسها وتأثيرها على النتائج. كما نقدم نموذجًا للجدول اليومي، وأهداف ومميزات مراحل التأهيل الاجتماعي للمدمنين. ونتطرق لمناقشة علمية عمَّنْ يُدير المجتمعات العلاجية ومؤهلات وأدوار العاملين فيها. ونختم الفصل بمناقشة قضية دور المجتمعات العلاجية في التعامل مع أصحاب التشخيص المزدوج (السلوك الإدماني الذي يصاحبه اضطراب نفسي أخر).

تعريف المجتمعات العلاجية

مفهوم المجتمع العلاجي ينطبق على أي مجموعة من الناس تعيش معًا، أو تلتقي بانتظام لمدة محددة بغرض العلاج أو النمو والتغيير النفسي. ويلعب فيها المجتمع نفسه دور المعالج.

ويستخدم التعبير اليوم غالبًا لوصف مراكز إعادة تأهيل المدمنين خاصة المراكز ذات التوجه الاجتماعي أو المجتمعي. ولكن أحيانًا يتم تطبيق هذا المفهوم أيضًا على البرامج التي تعنى بالأحداث أو الناجين من الصدمات، أو المتعافين من أمراض نفسية مختلفة، أو حتى أمراض بدنية معينة.

معايير ومحدِّدات المجتمع العلاجي الذي يتعامل مع الإدمان تتضمن:

1. الإقامة بمدة محددة ومراحل لها أهداف محددة ومكتوبة.

2. جدولًا يوميًّا، وجدولًا أسبوعيًّا ثابتًا ومعروفًا، ويلتزم به الجميع.

3. المجموعات ولها دور أساسي ومحوري ولايمكن الاستغناء عنه (أنشطة مجموعاتية لا تقل عن 6 ساعات يوميًا وأحيانًا من 8-10).

4. مبدأ المساواة: ممنوع على أي عضو أن يتصور أنه معفي من جهد النمو والتغيير (يشتغل علي نفسه وتغييره قدوة للأخرين).

5. كل عضو حتى الجدد يشارك مشاركة فاعلة وإيجابية في الأنشطة (كمساعدة الأخرين والترحيب بالجدد كلنا فاعلون وإيجابيون).

6. فلسفة يتم تطبيقها في المكان من خلال محاضرات أودراسات ومن خلال القدوة أيضًا.

7. قوانين ولوائح واضحة ومكتوبة ويتم شرحها والتمسك بها باستمرار وتُطبَّق علي الجميع .

هذه هي محددات المجتمع العلاجي وخصائصه، ولو غاب واحد من هذه المعايير لا يكون المكان مجتمعًا علاجيًّا.

هذه المحددات حررها وجمع الإجماع عليها أحد أهم الباحثين في المجال د.جورج دي ليون 1994 م، وطوَّرها عام 2000م :2015 م (DeLeon).

تتعدد طرق إعادة تأهيل المدمنين Drug Rehabilitation بين النموذج الطبي Inpatient or Medical Model Specialized، والنموذج الاجتماعي أو التأهيل الاجتماعيSocial Model or Therapeutic Communities or Drug Rehabilitation ، ومداخل أخرى للرعاية اللاحقة. وتُسمَّى مراكز التأهيل الاجتماعي أيضًا المراكز المجتمعية Community Based، تمييزًا لها عن المراكز الطبية أو المستشفيات Hospital Based.

والتأهيل الاجتماعي يتضمن أيضًا ما يُسمَّى بيوت منتصف الطريق، وهي أماكن سكن آمن من المخدرات، ولها نظام خاص يذهب إليها المدمن الذي أتمَّ العلاج الطبي، ويظل فيها قبل أن يعود لمنزله. والتأهيل الاجتماعي هذا يتضمن جدولًا يوميًّا من الأنشطة الاجتماعية والتثقيفية والروحانية، ومنها: مجموعات التأمل والمشاركة والمساندة الذاتية ودراسات التعافي وفترات العمل، والمشاركة في إدارة المكان والنظافة الشخصية، ومجموعات منع الانتكاسة والرياضة واستخدام الفن والموسيقى وغيرها.

يدير التأهيل الاجتماعي عادة مدمنون متعافون7 توقفوا عن التعاطي مدة طويلة (سنتين أو أكثر في المعتاد)، ويحصلون على تدريب أكاديمي (من 70 إلى 370 ساعة دراسية للمستوى الأول) وتدريب عملي (سنة على الأقل تحت التدريب). ولا تحتاج مراكز التأهيل الاجتماعي إلى إشراف طبي مكثف، وتظهر الدراسات إلى أن نسبة العاملين في هذه المراكز من المدمنين السابقين المدربين يُستحسن أن تتراوح بين 60 و80%، بينما يحتل المهنيون الأخرون بما فيهم الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون، وأحيانًا القادة الدينيون وحتى المحاسبون والطهاة نسبة ما بين 20 :40% من طاقم العمل.

ويُعتَقَد أن العاملين في هذه المراكز يُمثلون قدوة وأمل في التغيير للمدمن الذي يكون في مرحلة صراع داخلي شديدة، كما أن قدرتهم على المُوَاجَدَة (الإحساس بالمدمن وفهمه) تكون أعلى، وكذلك قدرتهم على تدريبه مهارات الحياة. كما أن وجود نسبة من المهنيين من غير الخلفية الإدمانية تُفيد في تحقيق الاستقرار، وتجنب بعض الأزمات داخل هذه المراكز.

تاريخ وتطور المجتمعات العلاجية

كما ذكرنا يُستخدم لفظ المجتمعات العلاجية ليصف برامج إعادة تأهيل المدمنين طويلة المدى. إلا أن هذا اللفظ استُخدم لأول مرة عام 1946م؛ ليصف نوعًا أخر من البرامج العلاجية التي تتم في وحدات علاجية بالمستشفيات لعلاج مرضى اضطرابات الشخصية. وبعد ذلك بسنوات اقترن لفظ المجتمعات العلاجية بماكسويل جونز بمستشفي هندرسون، والذي عالج مرضى الاضطرابات

الشخصية والأمراض العصابية والنفس جسمية، الناتجة عن تعرض هؤلاء المرضى لضغوط هائلة في الحرب العالمية الثانية، أو ما كان يُسمَّى «صدمة القنابل» Shell Shock ، وهي أحد أشكال ما نسميه اليوم اضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD.

هناك جذور تاريخية للمجتمعات العلاجية في الغرب. ويرى مؤرخ المجتمعات العلاجية دافيد كينارد أن المجتمعات العلاجية في نشأتها تأثرت بشكل ملموس بمدرسة التحليل النفسي، والمفهوم المسيحي للحب والمفهوم اليوناني للديمقراطية. وأن حركة العلاج الأخلاقي في القرن التاسع عشر في المملكة المتحدة هي من أسلاف المجتمعات العلاجية. وهي حركة بدأت ببيوت صغيرة الحجم نسبيًّا لرعاية المرضى الذُّهانيين أساسًا والنفسيين عمومًا. ونجحت في بدايتها نجاحًا لافتًا، بفضل مدخلها الإنساني والذي كان يتضمن الترابط، والمساندة المتبادلة، والمعاملة الإنسانية إلى جانب العلاج بالعمل. لكنها تحوَّلت إلى المصحات الضخمة بعدها وزادت أعداد المقيمين فيها بصورة فاقت قدرات ونمو العاملين. فتدهورت القيم الحاكمة لها حتى قيل أنها «فشلت بسبب نجاحها». وكذا ما سُمِّي ببرلمان الأحداث، والذي كان يُعالج فيها الأحداث الجانحون ،وتأسس في الولايات المتحدة عام 1910م. حيث كان الجانحون أنفسهم يضعون قواعد «قوانين» التعامل التي تحكم هذه الأماكن بالتصويت، وبآليات مطابقة للآليات البرلمانية، ويحاسبون أنفسهم أيضًا بعضهم لبعض من خلال تطبيق هذه القواعد 1998م (Kennard).

في عام 1957م بولاية كاليفورنيا قام تشارلز ديتريتش بتأسيس ما يتفق عليه معظم الخبراء، أنه أول مجتمع علاجي للمدمنين. وديتريتش هو مدمن متعافٍ، من خلال زمالة المدمنين المجهولين صار أقل ولعًا بال 12خطوة لإحساسه باحتياج بعض المدمنين للمواجهة، ولقواعد أكثر تدخلًا في حياتهم وتنظيمًا لها. ففتح بيته لاستضافة عدد من مدمني «الشارع». وسريعًا ما تبين ضرورة وضع لوائح وقواعد تنظم حياة هؤلاء المقيمين. فوضعوا هم أنفسهم الجداول اليومية، ووزعوا المهام المنزلية وحددوا قواعد التعامل. ومن ضمن ما اتفقوا عليه: عقد مجموعات المدمنين المجهولينAnonymous (أنينموس جروبس)، وأيضًا مجموعات مواجهة أسماها ديترنتش «سيمنارات» على اسم المجموعات التي يعقدها الأطباء والمعالجين النفسيين، ويواجهون فيها بعضهم بعضًا بكيفية تطوير تعاملهم مع مرضاهم خاصة من خلال نموهم النفسي. وفي أحد الأيام قال واحد من المدمنين المقيمين قليلي الثقافة متلعثمًا: هيا نعقد اجتماع سينانون. حيث خلط في تلعثمه بين السيمنار والأنونيموس. فضحك زملاؤه طويلًا ثم قرروا أن يسموا بيتهم هذا «سينانون» Synanon . تأسس هذا البيت لإقامة المدمنين في كاليفورنيا. وكان يقوم على مجموعات المواجهة والإدارة الذاتية. وللأسف تحولت فيما بعد سينانون إلى مايشبه الطائفة الدينية الجديدة والمغلقةcult ، وتم إغلاقها بعد مشاكل قانونية مع الجيران. في أثناء أربع سنوات من عملها، لاحظ الأب أوبراين الذي كان يخدم في البرونكس، أحد أفقر أحياء نيويورك التأثير الإيجابي لسينانون على المدمنين الذين كان يعيش معهم مأساتهم. فاجتذب أحد خريجي سينانون وأسس «قرية داي توب» Daytop Villageفي نيويورك. والتي اكتظت سريعًا بالمدمنين الطالبين العلاج. والذين تغيرت حياتهم بصورة مذهلة. رصدها ودُّونها الطبيب النفسي الكبير ويليام جلاسر، وأسس بناء عليها مدرسته في العلاج النفسي التي أسماها «العلاج بالواقع» Reality Therapy . داي توب Daytop ، يُعدُّ تاريخيًّا النواة والنموذج الأولي لجميع المجتمعات العلاجية التقليدية، والتي تُسمَّى أيضًا بيوت المبادئ أو المفاهيم Concept Houses . والداي

توب هو مَنْ أسس وقاد الاتحاد الدولي للمجتمعات العلاجية WFTC، والذي يضم عضوية معظم المجتمعات العلاجية في العالم. حيث قاد هذا التحالف توني جيليرمينو أحد خريجي داي توب لسنوات طوال حتى تقاعده مؤخرًا. وضم الاتحاد علماء من قامة جلاسر ودي ليون، وأطباء وأخصائيين نفسيين وبطبيعة الحال مشيرين من خلفية الإدمان.

ومركز إعادة تأهيل المدمنين هو النموذج لكل المراكز التي تتبع ال12خطوة كفلسفة علاجية، ويُسمَّى هازلدن Hazeldon ، والذي تأسس في عام 1949 م، معتمدًا على المتعافين من زمالة مدمني الكحول المجهولين. وقد اندمج هازلدن مع مؤسسة بيتى فورد 8 لكن لا يزال مركزه الرئيسي في مينوسوتا؛ ولذا يُسمَّى نموذج هازلدن بنموذج مينيسوتا. والمجتمعات العلاجية التي تتبنى فلسفة ال12خطوة تُسمَّى أيضًا بيوت التعافي Recovery Houses.

وقد افتتح هازلدن بعد إعادة التأهيل بيت أخر سمَّاه بيت منتصف الطريق Halfway House . وتستخدم المجتمعات العلاجية الأخرى هذا التعبير لوصف بيوت، برنامجها أخف في جداوله ومتطلباته عن مراكز إعادة التأهيل. لكن في مصر ودول عربية أخرى صار هذا التعبير هو الوصف السائد لمراكز إعادة التأهيل كلها. وهناك أيضًا نوع أخف في لوائحه والتزاماته من سكن التعافي يُسمَّى Sober Living أو إعاشة الصحو أو الامتناع عن التعاطي والتغيير.

بينما أسس القس ديفيد ويلكرسون في عام 1959م، ما يظن أنه أول مجتمع علاجي ديني من خلال عمله مع مدمنين مراهقين في نيويورك. ولعل برنامجه «تحدي الشباب» Teen Challenge هو أكبر سلسلة مراكز تأهيل في العالم، إذ يضم أكثر من 60 ألف سرير. وأسس مجموعة رهبان بوذيين مركزًا يتعامل مع عشرات الآلاف من المدمنين في دير بوذي كبير بتايلاند. بينما تزدهر مراكز تأهيل المدمنين ذات التوجه الإسلامي في سنغافورة. وتبلغ مستشفيات الأمل ومراكز قويم في المملكة العربية السعودية عن عنصر ديني إسلامي قوي في برامجها متكامل مع مدخل ال 12 خطوة.

أما مركز ملتي الإسلام في كينيا فيتعامل مع مدخل ال 12 خطوة من منظور إسلامي بحت. وهنا نرى ال 12 خطوة يتم تعديلها وإعادة صياغتها بألفاظ ومفاهيم دينية. وهو ما تقوم به أيضًا مراكز مسيحية في الغرب ومختلف أنحاء العالم.

أنواع المجتمعات العلاجية أو مراكز إعادة تأهيل المدمنين

يمكن تعريف إعادة التأهيل بأنه الجهد المبذول لإعادة شخص ما لممارسة حياته بشكل طبيعي. لكن البعض يفضل استخدام كلمة « تأهيل» بدلًا من «إعادة التأهيل»؛ لأنهم يرون أن المدمن لم يمارس يومًا حياته بشكل طبيعي «ليعود» إليها، وبالتالي ما يحدث ليس «إعادة» تأهيل وإنما «تأهيل» لأول مرة.

تتفق كل أنواع المراكز على وجود مراحل محددة ومعلنة للتأهيل، ومدة متوقعة للبرنامج، ولوائح معلنة، وجداول أسبوعية ويومية واضحة وثابتة ومعلنة. لكن البرامج قد تختلف في مدى التركيز؛ مثلًا على التعبير عن الغضب، والمواجهة، أو حرية التعبير عن الخبرات الانفعالية والعاطفية. أو قد يتباين التركيز أيضًا على التعامل مع الخبرات المؤلمة في الماضي. تجمع بعض البرامج بين مدمني الكحول ومدمني أنواع أخرى من المخدرات في نفس المكان، بل وربما تضم أيضًا إدمانات

سلوكية أخرى، بينما يركز البعض أعلى نوع واحد فقط.

وتتفق جميع البرامج على ثلاثة أهداف رئيسية هي:

الامتناع: معظم برامج إعادة التأهيل تهدف إلى الإقلاع التام عن تعاطي المخدرات.

الأداء الطبيعي: العودة إلى عمل منتج.

إقامة علاقات طبيعية في محيط العائلة وخارجها، والحد الأدنى من الشعور بالرضا والاستمتاع بالحياة دون تعاطي المخدرات.

ومع اشتراكها أيضًا في ضرورة وجود هدف يتجاوز مجرد الأهداف الثلاثة المذكورة آنفًا، تتباين البرامج حسب «الفلسفة» التي تحكمها في الهدف الرابع.

النمو النفسي أو «الروحي» الشخصي: يُعرِّف برنامج ال12خطوة النمو الروحي على أنه تحسين التواصل الواعي مع الله، والدعاء لمعرفة مشيئته تعالى وتنفيذها، بينما تعتمد البرامج الأكثر علمانية أهدافا متعلقة بخدمة المجتمع، والوعي بالكون والطبيعة وتطبيق المبادئ الإنسانية. وتتبنى المجتمعات العلاجية ذات الطبيعة الدينية أهدافا دينية صريحة متعلقة بالتقوى والحياة الملتزمة بالمبادئ الدينية، كما تتبنى أهدافا متعلقة بالآخرة.

الفلسفة العلاجية في مراكز تأهيل المدمنين

ولعل أهم التباينات تنبع من اختلاف الفلسفة أو المحتوى التعليمي والتثقيفي الذي تقدمه. ويمكن تقسيم الآلاف من مراكز التأهيل الاجتماعي في العالم إلى ثلاثة أقسام رئيسية، حسب الفلسفة أو المحتوى التعليمي والتثقيفي الذي تقدمه ونوع المبادئ التي تدعو إليها:

مقارنة بين الفلسفات الحاكمة والبرامج في مراكز التأهيل الاجتماعي

	برامج ال١٢ خطوة	البرامج الدينية	بيوت المبدأ (علمانية)
تعريف الإدمان	الإدمان مرض أولي مثله مثل الحساسية	هو مظهر من مظاهر عصيان الله	انحراف في السلوك لأسباب اجتماعية أو ثقافية أو أسرية.
الشفاء	مستحيل، لكن التعافي هو رحلة طويلة من الامتناع عن التعاطي والنمو	يمكن تحقيقه من خلال تسليم الحياة لله	تغير شامل في أسلوب الحياة يشمل تغيير الأصدقاء، والقيم، وأوقات الراحة، ووعي

	الروحاني		جديد بالذات
الاستراتيجيات	الدعاء والتأمل يومي، ومجموعات ال١٢خطوة	الصلاة والدعاء، ودراسة الكتب الدينية، ومجموعات المشاركة	مجموعات المواجهة والماراثون ومجموعات أخرى
الدعم	مشرف (مدمن متعافٍ)	مرشد أو قائد ديني	الأخ الأكبر (مدمن سابق)
مدة	٦-٢٤ أسبوعًا	٨-١٥ شهرًا	١٢-١٨ شهرًا
المتابعة	اجتماعات ال١٢-خطوة	عن طريق الارتباط بمجموعات دينية	التعضيد المستمر من المراكز نفسها
العملاء	غالبيتهم ميسوري الحال	الحالة المادية ضعيفة	حالة مادية ضعيفة
أمثلة	هازلدن، كلاود هاوس	تين شالينج، بيتل	داي توب، فينكس هاوس

وقد تختلف البرامج أيضًا في :

التركيز على الفحص والتعبير عن الخبرات الانفعالية (العاطفية).

التركيز على الصدمات في الماضي.

بعض البرامج تضم بعض مدمني أنواع أخرى من المخدرات، ولكن بعض البرامج لا تسمح بذلك.

الصداقة والتعاون مع المتخصصين (الأطباء النفسيين – المعالج – الأخصائي النفسي).

على أن التحالف الدولي للمجتمعات العلاجية بنيويورك، يضم مجتمعات علاجية من كل أنحاء العالم، ومن كل الخلفيات الفلسفية وبيانات الممارسة التي ذكرناها وغيرها. طالما وفت بالمحددات التي ذكرناها.. كما أن هناك هيئات محلية وعالمية أخرى تشجع وتؤكد على أهمية دور المجتمعات العلاجية.

لمحات عن فاعلية الفلسفات العلاجية المختلفة في برامج إعادة تأهيل المدمنين

المجتمعات العلاجية التقليدية (بيوت المبدأ أو المفهم):

أثبتت بيوت المبدأ Concept Houses فاعليتها من خلال دراسات سابقة متعددة، وقد تعرضت هذه الدراسات في البداية إلي نقد منهجي (ميثودولجي) جاد. كما أن معظم هذه الدراسات كانت استعادية Retrospective ولم تكن تتبعيه Prospective. غير أن بيوت المبدأ ظلت تثبت كفاءتها وفاعليتها مع استخدام دراسات أكثر تعقيدًا ودقة لتقييمها، بما فيها دراسات تتبعية كبرى كالبرنامج البحثي لتعاطي المخدرات دارب Darp ، الذي امتد على مدى 12 سنة وغطى 44 ألف مدمن.

وفي دراسة ضمت 177 مقيم سابق في مجتمع لي Lee Community بالمملكة المتحدة، وُجِد أن منهم 164 مدمنًا مسجلًا إجراميًّا قبل دخولهم البرنامج، وبعد عامين وجدوا أن الذين أقاموا لمدة 3 شهور أعيد اتهامهم في جرائم بنسبة 63%, والذين أقاموا لمدة 6 أشهر أعيد اتهامهم بنسبة 6% , أما الذين أكملوا البرنامج (من 12- 16 شهراً) أعيد اتهامهم بنسبة 1% ((Small 1999.

برنامج ال١٢ خطوة:

ينظر إلي التعافي على أنه رحلة حياة بأكملها. والامتناع في مفهوم ال12 خطوة هو التوقف عن تعاطي كل المواد التي تغير المزاج ما عدا النيكوتين والكافيين (Emrick 1992).

بدأت هذه الحركة في الولايات المتحدة في الثلاثنيات، حين بدأ ويلسون أول اجتماع لمدمني الخمر المجهولين. وقد كان رجل الأعمال بيل ويلسون نفسه مدمنًا للخمر، وحاول العلاج مرارًا عند الطبيب الأشهر كارل يونج. وبعد أن فشل ذلك الطبيب النفسي المعروف في علاجه، أشار عليه أن أمله الأخير في الشفاء هو عن طريق صحوة روحية ما. وقد ساعدت مجموعة أكسفورد الإنجيلية بيل على الوصول لهذه الصحوة الروحية. وبعد ذلك انفصل بيل المتعافي عن تلك المجموعة، وأقرَّ بالمبادئ الروحية التي ساعدته على التعافي، وكتبها بصيغة دينية، ومن هنا وُلدت حركة ال 12 خطوة.

و يركز برنامج ال12 خطوة على وجوب تغيير الشخصية، والامتناع التام عن المخدرات، ومن ثَمَّ يستطيع المتعافي ممارسة بعض المبادئ الروحية مثل الرجاء، والتسليم، والقبول، والأمانة، والتفتح الذهني، والتواضع، والإيمان، والصبر.

وقد اختبر بعض أعضاء المدمنين المجهولين بعض الخبرات الغيبية مثل الإحساس بالحضور الإلهي، ورؤية هالات من النور والشعور بنشوة روحية.

البرامج المسيحية :

في دراسة كلاسيكية لبرنامج (Teen challenge)، وُجِد أنه بعد سبع سنوات من التخرج ظلت نسبة التعافي أعلى من بعض البرامج العلمانية الأخرى (18.3% في مقابل 15%). وفي فلسفة الـTeen challenge لا يمكن مساعدة مَنْ يتعاطي المخدرات إلى حين وصوله إلى مرحلة اليأس (القاع)، والطلب الدءوب للعلاج، ومثل البرامج الإنجيلية الأخرى، فالبرنامج يركز على الميلاد المجيد الثاني كبداية، والدراسة الكتابية، والعبادة المسيحية، والتكريس لله، وخدمة الأخرين. و قد وُجِد أن خبرة « التحول « أو « الهداية « لها أهمية خاصة في هذا الصدد (Muffler 1997& Delean 1981).

بيئة البرنامج المجتمعي

قدَّم الباحث الرائد في مجال المجتمعات العلاجية رودلف موس Rudolph Moos مفهوم بيئة البرنامج. حيث طبقها من خلال مقياس تم استخدامه في عشرات الأبحاث (وربما مئات الأبحاث) لقياس فعالية البرامج العلاجية هو «مقياس البرامج ذات التوجه المجتمعي»((COPES EnvironmentشCommunity Oriental Program Environment Sc Schole.ale. وشرح هذا المقياس يوضح لنا بصورة منظمة معنى مفهوم البيئة العلاجية أو بيئة البرنامج.

يقسم موس البيئة العلاجية إلى ثلاثة أبعاد: بـُعْد العلاقات داخل البرناج، وبُعْد النمو الشخصي، وبُعْد الحفاظ على النظام.

أولًا : بعد العلاقات

وبعد العلاقات يتضمن 4 مقاييس فرعية هي:

الاندماج: أي لأي مدى كان الأعضاء (المقيمون أو المستفيدون) 9 نشطاء ومفعمون بالطاقة. أي لأي مدى لا يشعرون بالملل، وتجتذب فقرات البرنامج انتباههم، ويشاركون فيها بنشاط وحيوية.

الدعم والمساندة: لأي مدى يدعم أعضاء البرنامج بعضهم بعضًا، ولأي مدى يدعم العاملون هؤلاء الأعضاء، ويقدمون لهم المساندة.

التلقائية: والمقصود بها لأي مدى يُشجِّع البرنامج التعبير المنفتح عن المشاعر، ويرحب باقتراحات الأعضاء (المقيمين/ المستفيدين) في تطوير البرنامج. والتعبير المنفتح عن المشاعر ينطبق هنا على الأعضاء كما ينطبق على العاملين.

الاستقلالية أو الإدارة الذاتية: لأي مدى يتمتع الأعضاء بالكفاية الذاتية أو الاستقلالية في اتخاذ القرارات، ولأي مدى يتم تشجيعهم على المشاركة في قيادة البرنامج.

ثانيًا: بعد النمو الشخصي:

وفيه كل ما يتعلق بنمو أعضاء البرنامج النفسي والمكتسبين لمهارات العيادة. وبه 4 مقاييس فرعية.

التوجه العملي: لأي مدى يتعلم الأعضاء المهارات الاجتماعية (مهارات التعامل مع الناس وحل مشكلاتهم في المجتمع، وما مدى استعدادهم للتعامل مع المجتمع بعد خروجهم من البرنامج.

الاهتمام بالمشكلات الشخصية: لأي مدى يتفهم الأعضاء مشكلاتهم الشخصية وجذور مشاكلهم النفسية والعاطفية والجنسية إلخ.

الغضب والعدوانية: لأي مدى يستطيع الأعضاء أن يتناقشوا مع العاملين والأعضاء الآخرين، ويختلفوا معهم ويعبروا عن غضبهم وحتى عن عدوانيتهم، بما في ذلك قدرتهم على أن يقدموا الشكاوى وينتقدوا البرنامج.

ثالثًا : بعد الحفاظ على النظام

التنظيم والترتيب: لأي مدى المكان منظم ونظيف والمواعيد محددة ومحترمة.

وضوح البرنامج: لأي مدى يعرف الأعضاء أهداف البرنامج، وأهداف كل فقرة فيه، وماذا يتوقعون منه، وما الروتين اليومي وما مدى وضوح الجداول واللوائح والإجراءات؟.

تحكم العاملين: لأي مدى يستخدم العاملون الوسائل المناسبة لتحقيق الانضباط الضروري.

لحسن سير البرنامج.

وضع موس 10 أسئلة لكل مقياس من هذه المقاييس لقياس رأي (أو استقبال) الأعضاء، وقياس رأي العاملين أيضًا. وإجابة كل سؤال هي بنعم أو لا. وهذا المقياس تم تطبيقه بطبيعة الحال أساسًا على مراكز إعادة التأهيل الاجتماعي ذات الإقامة الكاملة. لكن هناك أيضًا من طبَّقه على العيادات الخارجية، وقمنا نحن أيضًا بتطبيقه على عدد كبير من مراكز التأهيل الاجتماعي في إنجلترا، وعلى برامج صرف الميثادون أيضًا. ونلاحظ بعض أهم مؤشرات فعالية المجتمعات العلاجية على هذه المقاييس العشر:-

أظهرت الأبحاث بصفة عامة أن الأعضاء الذين يرون البرنامج أعلى في كل المقاييس، ماعدا مقياس تحكم العاملين ومقياس الغضب يحققون نتائج أفضل (Timko & Moos 1998)

البرامج التي يشعر فيها الزبائن بتلقائية أكثر، ويشعر فيها العاملون بنظام/ ترتيب، وبِتَوجُّه عملي وتَوجُّه نحو المشكلات الشخصية أعلى، تأتي بنتائج أفضل في الانقطاع عن تعاطي المخدرات (Friedman et a 1986) بينما البرامج الأقل نجاحًا هي تلك التي يشعر فيها الزبائن أن العاملين لا يشجعون الاستقلال الذاتي، وأنهم يمارسون قدرًا كبيرًا من التحكم على الأعضاء (Friedman et al 1986) بينما أظهر بحث آخر أن وضوح البرنامج والنظام والترتيب وتحكم العاملين، والاهتمام بالمشكلات الشخصية يرتبط بنتائج أفضل (Bale et al 1985)م.

وعندما يكون هناك تأكيد على الاستقلال الذاتي والتعبير عن الغضب في غياب أو عدم وضوح القواعد وضعف تحكم العاملين، لا يحدث تحسن في حالة الأعضاء (Fischer1979)، ويتحسن بصفة عامة الأعضاء الذين يرون تأكيدًا عاليًا على الاهتمام بالمشكلات الشخصية، والتعبير المنفتح عن الغضب ووضوح البرنامج (Fischer 1979).

وأظهر بحث هام أن البرامج على نمط هازلدن (12 خطوة) تحقق نتائج أفضل في السلوك

الإدماني عن برامج المجتمعات العلاجية التقليدية، وأن الأعضاء فيها يشعرون باندماج ودعم وتلقائية وتفهُّم لمشاكلهم الشخصية والنظام/ الترتيب، ويشعرون بتحكم أقل من العاملين (Keso & Salas Puro 1990)

وفي دراسة لـ 87 مجتمعًا علاجيًّا، وُجِد أن الدعم ووضوح البرنامج ولوائحه ونظامه وترتيبه ضروري لتحقيق نتائج مع المرضى الأكثر اضطرابًا (Moos et al 1997).

الجدول اليومي ومراحل البرنامج التأهيلي

إذن اختصارًا نقول إن الإدمان مشكلة بيولوجية نفسية اجتماعية: التجاوب معها يجب أن يكون متعدد الأبعاد.وتنقسم مراكز التعامل معه - والتي تتطلب إقامة كاملة غالبًا- إلى:

مراكز علاج أعراض الانسحاب (الديتوكس)	مركز التأهيل الاجتماعي (الهاف واي)
تعالج الأعراض المؤلمة في بداية الانقطاع عن تعاطي المخدرات	**تقدم سكنًا آمنًا بعيدًا عن المخدرات، وقدوة ونظام حياة اجتماعية للوقاية من الانتكاسة**
نشاط طبي	**نشاط اجتماعي دور الطبيب فيه محدود**
يعتمد على الأدوية المسكنة للالم ولأعراض الانسحاب الأخرى	**يعتمد على التدريب على مهارات الحياة بدون تعاطي، وعلى الوقاية من الانتكاسة**
لابد أن يديره أطباء ويعمل فيه طاقم تمريض وأفراد أمن	**يمكن أن يديره مدمنون متعافون مدربون على الاشراف الاجتماعي المناسب**
ترخيصه من الجهات الطبية	**ترخيصه يمكن أن يكون من جهات الخدمات الاجتماعية أو الإسكان أو خدمات التدريب والتثقيف**
مدة الاقامة فيه من ٥ أيام إلى أسبوعين	**مدة الاقامة فيه من ٣ شهور إلى سنة**

ونقدم هنا نموذج للجدول اليومي في مراكز الحرية لإعادة تأهيل المدمنين في مصر:

نموذج الجدول اليومي في مراكز التأهيل الاجتماعي

الفقرة	الساعة
الاستيقاظ	**٩:٣٠- ١٠:٠٠ص**
التأملMeditation	**١٠:٠٠- ١١:٠٠ ص**
ترتيب الغرف والنظافة الشخصية	**١١:٠٠- ١١:٣٠ص**

(الواجبات العملية Work Duty)	
الإفطار	١٢:٠٠- ١٢:٣٠ظ
دراسات التعافي	١:٠٠- ٢:٠٠ م
مجموعات	٢:٠٠- ٣:٠٠ م
الغذاء	٤:٠٠- ٥:٠٠ م
راحة وجلسات متابعة ومشاركات فردية	٥:٠٠- ٧:٠٠ م
اجتماعات الزمالة NA	٧:٠٠- ٨:٠٠م
مجموعات تنمية مهارات الحياة والنمو الوجداني ومنع الانتكاسة	٩:٠٠- ١٠:٣٠ م
التمعنات Reflections	١١:٣٠- ١٢:٣٠ ص
إغلاق الأضواء والهدوء للنوم Lights off	١:٠٠- ١:٣٠ ص

مراحل إعادة التأهيل

وقد ذكرنا آنفًا أن المجتمعات العلاجية تتضمن بالضرورة مراحل ينتقل فيها المستفيد أو المقيم من مرحلة لأخرى. ونقدم هنا نموذجًا لهذه المراحل وشروط التخرج من مرحلة لأخرى أيضًا.مدة البرنامج التقديرية في المتوسط من 4 إلى 6 شهور عدا المتابعة:

المرحلة الأولى : الإعداد

المهام والأهداف المدة : من شهر وشهر ونصف

٦. كتابة أرباح وخسائر التعاطي.	١.حضور جروب ترحيب واستلام الملف الخاص بالمقيم.
٧. خطاب وداع للمخدرات.	٢. فهم الفارق بين مشرف المكان والخطوات.
٨.اختيار مشرف الخطوات.	٣.التعرف على قوأنين المكان ولوائحه.
٩. الالتزام بالقوأنين ولوائح المكان بما فيها مواعيد الفقرات.	٤.التعرف على مفاهيم المرض والمجتمع العلاجي.
١٠. أنهاء الشيت.	٥. كتابة قصة حياتى مع المخدرات .

الالتزامات والامتيازات

1. ممنوع أن يحمل المقيم هاتفًا أونقودًا إطلاقًا، وتكون أول مكالمة له في حضورمشرف بعد أول أسبوع، وقد تؤجل لأسبوعين.

2. يومًا ما إذا لم يكن في هذا إيذاء له أو للأخرين تتم أول زيارة بعد 10 إلى 15 يومًا.

الانتقال للمرحلة التالية

لا ينتقل للمرحلة التالية إلا بعد إنجاز المهام المذكورة آنفـًا.

القرار يتم في اجتماع العاملين (الستاف أو اجتماع القادة) بالتصويت، ويقود المناقشة مشرف مكانه ويُعقد هذا الاجتماع أسبوعيًّا.

قبل انتقاله للمرحلة التالية ينزل إجازة بمرافق (أو بدون مرافق إذا قرر اجتماع القادة هذا) أو إجازتين للفحص، وتقرير انتقاله نهائيًّا للمرحلة التانية.

أهداف ومهام أول إجازة:

يتم تحديدها بعد حضورمجموعة الإجازات واجتماع تعليمي عن الأهداف، حيث يتم إعداد خطة إجازة يضعها المقيم بإشراف وتوجيه مشرف مكانه تتضمن:

ما هو إجبارى وثابت

أولوياته (الدعاء والاجتماع والمشاركة والاتصال بمشرف البرنامج والقراءة).

تطبيق خطوة أولى.

ما يتم تقريره وتحديده في كل حالة على حدة:

خدمة (سيرفس) للأهل أو الخروج مع زملاء البرنامج، أو زيارات للأهل والأصدقاء (الإيجابيين فقط)، أو التعامل مع النصائح السلبية والمناقشة مع مَنْ لا يفهمون البرنامج.

المرحلة الثانية : بداية التغيير:

الأهداف والمهام: المدة من شهر إلى شهر ونصف حسب إنجاز المهام.

1. الحفاظ على منجزات المرحلة الأولى والاستمرار في مهامها.

2. العمل في الخطوات وإنجاز أسئلة الخطوة كليًّا أوجزيئًا (حسب تقدير مشرف المكان).

3. مشاركة مع زملاء المكان والقادة وفي الغرف (أماكن اجتماعات الزمالات)خارجيًّا.

4. الأهداف الأسبوعية يتم تطويرها في المكان وخارجها مثلًا: زيادة عدد المشاركات والأسئلة والقراءة

والتطبيقات في ال 12 خطوة والمجتمع العلاجي.

(أ) أهداف في برنامج.

(ب) أهداف شخصية في العلاقة مع الله كما يفهمه كل واحد منا.

(ج) أهداف مع الأخرين.

التزامات وامتيازات المرحلة الثانية

- زيادة مدة الإجازة إلى يومين (عادة الخميس والجمعة).

- استلام الهاتف يوميًا وتسليمه قبل اجتماع التمعنات (رفلكشن).

- استلام مصروف في الإجازة مع الاستمرار في عدم حمل أي نقود في المكان.

- قد يُكلف بمساعدة عضو جديد (نيوكومر) في المهام المطلوبة منه إن أظهر تفوقًا مميزًا في البرنامج.

- الإجازات: تنطبق نفس القواعد والأليات مع زيادة المدة.

- يتم تقديم تقرير بعد نزول الإجازة لمشرف المكان من المقيم ومن أهله.

- لا خروج مع أى أصدقاء (كقاعدة عامة)، ولا يتم الخروج إلا مع الزملاء من الزمالة الذين يعيشون الحل (الغالبين أو الويذرز).

* في حالة مخالفة القواعد يمكن أن ينزل مرحلة.

المرحلة الثالثة : اختبار التغيير وبداية العودة للمجتمع

الأهداف والمهام من شهر إلى شهر ونصف حسب إنجاز المهام ويمكن العودة مرحلة أو مرحلتين حال المخالفة.

الاستمرار في أهداف ومهام المرحلتين السابقتين.

بداية فحص وتطوير العلاقات الهامة.

في حالات استثنائية وبعد قرار اجتماع قادة يمكن العودة الجزيئة للعمل أوالتدريب أو الدراسة.

يكلف حسب تقدمه بمساعدة الجدد في المجتمع العلاجي وفي غرف الاجتماعات، لا يخرج بمفرده بل يخرج قائدًا لمجموعة من الزملاء.

الامتيازات:

إجازة 3 أيام (عادة خميس وجمعة وسبت).

يتم تكليفه بمهام الظل (شادو: أي المصاحبة والمرافقة الدائمة) لبعض المقيمين الجدد.

المرحلة الرابعة: الإعداد للتخرج

3 شهور بعد قرار مجموعة القادة ويقودها مشرف المكان.

المهام والأهداف

الاستمرار في إنجازات المراحل السابقة.

وضع أهداف طويلة المدى لما بعد التخرج (العمل و العلاقات و الروحيات والنمو الشخصي)

بداية حل الأزمات والمشاكل وإعطاء تقرير عنه.

تطوير البرنامج الشخصى.

فحص النفس بعمق ومواجهة العيوب والجرد الشخصي واستقبال مواجهات اوضح وأقوى من الزملاء.

الامتيازات:

أيام الإجازة تصل إلى 4 أيام.

يُكلف بمتابعة الجدد ومعاونتهم.

فتح ملف الاستثناءات (العمل- مدة الهاتف مع عدم بيات الهاتف معه – عدم حضور مجموعة الأهداف – استثناء من بعض الأنشطة والمهام الداخلية في المكان ..إلخ).

* يعتبر خريج من بعد قرار المجموعة ثم يحضر حفلة تخرج في أقرب فرصة.

المرحلة الخامسة : المتابعة

المهام والأهداف (شهران)

الاستمرار في الحفاظ على الانقطاع عن التعاطي ومنجزاته في البرنامج.

متابعة تطبيق الأهداف طويلة المدى.

الانتظام في العمل أو التدريب أو الدراسة أو التطوع بعض الوقت.

التواصل مع القادة واكتساب عادة استمرارية التواصل.

ليس له سرير أو دولاب ويعمل في البيات معاملة المشرف تحت التدريب.

* لا يكون التخرج نهائيًّا إلا بعد الانتهاء من المتابعة وكافة الالتزامات البرنامجية والمادية.

الامتيازات

يحتفظ بهاتف ونقود طوال الوقت.

حضور الفقرات بالاتفاق (استثناءات أكثر) خاصة فترة العمل.

يمكن إعفاؤه من التفتيش والتحاليل .

يرافق بعض المقيمين ويُكلَّف بمهام معهم خارج المكان.

استثناء في ساعة النوم مع الالتزام بالاستيقاظ.

مَنْ يدير مراكز التأهيل الاجتماعي (المجتمعات العلاجية) ويعمل فيها؟

الإدمان بكل تأكيد مشكلة طبية لكنه ليس فقط مشكلة طبية. بل هو مشكلة بيولوجية نفسية اجتماعية روحية. ولذا لا يمكن أن يكون الدور الوحيد في التعامل معها هو للأطباء أو الأخصائيين النفسيين.

تقدم الكتب الدراسية العامة أنواع التعامل مع اضطرابات استخدام المواد (الإدمان) وتذكر المرحلتين. علاج أعراض الانسحاب ومرحلة إعادة التأهيل. وتوصي هذه الكتب بأنواع التعامل ثابتة الفعالية في مرحلة التأهيل. ومنها برامج الدعم الذاتي خاصة ال 12 خطوة. المقاربات الدافعية والعلاج الأسري والعلاج داخل المستشفيات وفي برامج التأهيل سواء في أماكن إقامة كاملة أو من خارج أماكن الإقامة. وبينما تذكر أن نحو ثلثي المتوقفين عن التعاطي سيعانون من اضطرابات نفسية أخرى، فمعظمهم سيعاني اضطرابات قلق أو اكتئاب، وتؤكد أن بعضًا ممَّنْ يعانون هذه الاضطرابات يحتاجون إلى علاج دوائي من الخارج، بينما معظمهم لا يحتاجون حتى إلى أي علاج دوائي؛ لأن مجرد التوقف عن التعاطي يزيل الأعراض.

كما صارت بيوت منتصف الطريق (هافواي) Half way houses تضم هذه الكتب الدراسية ضمن المنهج الذي يُدرَّس للطلبة قبل التخرج أو طلبة الدراسات العليا المبتدئين في الطب النفسي العام. وتعريف بيوت منتصف الطريق في هذه الكتب وترجمته حرفيًّا: «أماكن إقامة متخصصة للمرضى الذين لا يتطلبون إقامة كاملة في مستشفيات، ولكن يحتاجون إلى درجة وسيطة من الرعاية السكنية» (Black & Andreasen 2014 P. 639).

لكن علينا أن نلجأ إلى المراجع الأكثر تخصصًا لنحصل على مزيد من الفهم لكيفية عمل برامج إعادة التأهيل التي تتضمن إقامة كاملة. حيث يذكر عمدة الباحثين في المجتمعات العلاجية (مراكز إعادة التأهيل الاجتماعي(د.جورج دي ليون DeLeon أن نموذج المجتمع العلاجي لتعاطي المواد نشأ في ستينيات القرن العشرين كنموذج من المعاونة الذاتية Self Helpبديلًا عن العلاجات التقليدية الموجودة وقتها. وكان الكحوليون المتعافون ومدمنو المخدرات المتعافون هم من أنشأوا وطوروا

هذه المجتمعات . ثم يمضي دي ليون يشرح المراحل والأنشطة وطبيعة العملية العلاجية التي تعتمد على حد قوله على أن «تغيير نمط الحياة يحدث في سياق اجتماعي». لأن على حد قوله: «أنماط السلوك والتوجهات والأدوار السلبية لم تنشأ في عزلة عن الآخرين. وهي كذلك لا يمكن أن تتغير في عزلة عن الآخرين». ويؤكد أن: «هذه الفرضية (التي تقوم عليها المجتمعات العلاجية للمدمنين) هي هي التي يتأسس عليها استخدام مجتمع الأقران لتيسير التعافي. فيتم تعلم دور اجتماعي مسؤول من خلال القيام بهذا الدور وسط آخرين مماثلين للمدمن». (DeLeon 2013 P. 643-5). كما يؤكد العالم الكبير أن: «واحدة من فوائد أسلوب المجتمع العلاجي هي حقيقة أن كثيرًا من العاملين فيه متعافون. بما يُوصِّل رسالة قوية عن نفع ونجاح البرنامج، كما يشترك كثير من الخريجين (من المدمنين السابقين) في البرامج التطوعية كمرشدين شخصيين mentors للنزلاء أو الأعضاء الحاليين في البرنامج» (Deleon 2000).

و اليوم صار من المستقر في الأدبيات العلمية أن المتعاطين السابقين لهم دور أساسي في المشورة

لمَنْ يعانون من اضطراب استخدام المواد و السلوكيات الإدمانية الأخرى، وأبحاث اليوم صارت تتساءل هل يمكن للمشيرين من غير هذه الخلفية أن يقدموا مشورة فعالة للمدمنين؟ والإجابة غالبًا بالإيجاب. .(Culbreth, 2000, Hart, 1976, Doukas 2015, Novotná, et al 2013, White 2000)

فبينما كان هناك حوار حول دور وفعالية المدمنين المتعافين كمشيرين ومقدمي خدمات للمدمنين منذ 30 سنة. استقر الرأي العلمي والعملي على أهمية دورهم. بل صار البحث العلمي اليوم يبحث في هل يمكن أن يكون المشيرون من غير خلفية التعافي مفيدين في التعامل مع الإدمان أم لا. والنتائج تشير إلى أن المشيرين من غير خلفية التعافي قد يكونوا مفيدين أيضًا وبنفس الفاعلية. وأن التدريب والتعليم المناسبين ضروريان سواء كان المشير من خلفية تعافي أو غيرها.

صحيح أن المتعافي من عملية الزائدة الدودية لن يفيد مَنْ يعاني من الزائدة الدودية كثيرًا. والمتعافي من السرطان قد يدعم مَنْ لايزال يصارع كشكل من أشكال المساندة المتبادلة أو الدعم الذاتي. لكن التعافي من الإدمان ليس كذلك. لعدة أسباب:

التعافي يتضمن أساسًا تعلُّمًا لمهارات الحياة بدون تعاطٍ وتدريبًا عليها. وخير مدرب لكرة القدم مثلًا ليس الحاصل على دكتوراة في كرة القدم من معهد التربية البدنية، بل هو اللاعب المتمكن من مهارات اللعبة ومبادئها الذي يحصل على تدريب قصير في كيف يكون مدربًا. مثلًا بعد اعتزال نجم الكرة حسام حسن بفترة مباشرة نال دورة قصيرة في التدريب ثم درَّب أشهر فرق مصر. وهذا ينطبق على كل فرق الكرة في كل العالم. وكذا المدمن المتعافي الذي يتقن مهارات ومبادئ التعافي هو خير «مَنْ يدرب» غيره على مهارات ومبادئ التعافي. لكن التدريب والتعليم مهم لتفادي الأخطاء والتجاوزات، وتوسيع أفق التحويل، واستخدام المداخل المختلفة للتعافي.

وجود مدمن متعافٍ يتيح قدوة للمدمن الذي يصارع مع الميل المزدوج وتحديات التعافي.

المُوَاجَدَة والتفهم أسهل على المشير من خلفية التعافي عن المشير من خلفيات أخرى.

يسهل على المدمن أن يثق في مدمن متعافٍ، من أن يثق في مهني من غير خلفية التعافي. هناك خلفية مستمرة من عدم الثقة في الأطباء والأخصائيين النفسين.

المدمنون يظنون عن حق أو عن غير حق أن الأطباء والأخصائيين يتعالون عليهم ويصمونهم، بينما المدمنون المتعافون لا يقومون بهذا.

المدمنون المتعافون في فريق العمل، يشكلون أملًا مستمرًا، ودليلًا دامغاً للمدمن المتشكك اليائس، أن هناك أملًا أو دليلًا على التغيير.

المدمنون المتعافون أقدر على بناء جسور للمدمن الذي في مراحل التعافي الأولى مع أصدقاء إيجابيين يستبدل بهم أصدقاء التعاطي. وخاصة أن المدمن حديث العهد بالتعافي، كثيرًا ما تكون صلته بأصدقائه الطبيعيين قد انقطعت، أو قد يعاني من أن الأصدقاء الطبيعيين لا يتفهمون صراعاته ومشاعره.

بعض الخدمات خاصة في المجتمعات العلاجية يملُّ منها المهنيون عاليو التدريب مثل الأطباء والأخصائيين مثل: إيقاظ المدمن في وقت معين، أو الاندماج معهم في أوقات الراحة، أو الرياضة

أو التأمل الخ. ينما العمال والمشرفون من غير خلفية التعافي لايجيدون القيام بهذه المهام.

المدمن المتعافي غالبًا ما يكون قد واجه كثير من الدفاعات النفسية، وتعامل مع المشكلات القِيَميَّة والوجودية من خلال المجموعات العلاجية المكثفة التي استفاد منها. بينما قد لا تكون للمهنيين الآخرين نفس الفرصة لحضور مثل هذه المجموعات كمشاركين، ودفاعاتهم النفسية قد يلاحظها المدمنون أكثر من غيرهم؛ فتتكون لديهم حواجز نفسية تجاه الطبيعيين ذوي الدفاعات النفسية المنفرة لهم.

شروط عمل المدمنين المتعافين في تقديم الخدمات للمدمنين

لكن هناك مشاكل فعلية منها:

أن هناك في أوساط المدمنين سلوكيات وقيم متنافرة مع القيم الاجتماعية السائدة، وسمات غير بناءَّة للشخصية تظل موجودة في المدمنين المتعافين.

وطبعا هناك مجالات للخبرة كالدواء والقياسات النفسية؛ لذا يلزم وجود أطباء وأخصائيين ومحاسبين وغيرهم من المهنيين من غير خلفية الإدمان في فريق تقديم الخدمات للمدمنين حتى في المجتمعات العلاجية.

كما يلزم طبعًا أن يتلقى المتعافون وغير المتعافين، تدريبًا وتعليمًا نظريًّا وعمليًّا مناسبًا.

كما يلزم أن يضم الفريق العلاجي متعافين لهم سنوات طويلة من التعافي، ومتطوعين ومشرفين مبتدئين حديثي التعافي لضمان عناصر الخبرة والأمل، وعناصر الاقتراب من واقع ظروف ثقافة الإدمان المعاصرة. والرد على فكرة: زمان كان من الممكن التعافي لكن اليوم يصعب هذا. لكن لا يصح اعتبار المتعافي مشرف كامل الأهليَّة قبل مرور مدة كافية من انقطاعه عن التعاطي (من 18 إلى 24 شهر).

يلزم وجود مجالس إشرافية فيها طبيعون ومتعافون معًا كمجالس الإدارة والأمناء

يجب السعي لتطوير مجالس إشراف وتدريب قومية وإقليمية، تشرف على المجتمعات العلاجية وتراقب الكفاءة والأخلاقيات المهنية.

يلزم وجود ميثاق أخلاقيات مهنية لكل مؤسسة وآخر على المستوى القومي.

وقد تطورت هذه الشروط حتى استقر تنظيمها في دول العالم المتقدم كلها، ولازالت تتشكل في الدول الأقل نموًا وتطورًا.

المعايير العالمية لتنظيم المجتمعات العلاجية (مراكز التأهيل الاجتماعي):

يحدد برنامج الأمم المتحدة المَعْنِي بالمخدرات والجريمة UNODC طبيعة مراكز تأهيل المدمنين. حيث يؤكد أن المجتمعات العلاجية التي يديرها المتعافون المدربون هي أماكن الإقامة الأكثر شيوعًا في العالم لإعادة تأهيل المدمنين. ونترجم حرفيًّا مرة ثانية قولهم: «بينما يمكن أحيانًا أن يتم العلاج طويل المدى للإدمان في بيئة المستشفيات وهي عادة المستشفيات النفسية

فإن أكثر أشكال العلاج بالإقامة الكاملة شيوعًا هو المجتمع العلاجي، وهو نموذج hybrid بين

الإقامة في المجتمع والعلاج. وهو نموذج نشأ من برامج الحياة التشاركية ذات فلسفة المساعدة للنفس (أي مساعدة الأقران لبعضهم)». (UNODC 2016)

ثم يحدد UNODC دور الأطباء على أنه دور ممكن أن يلعبه أي طبيب وليس بالضرورة الطبيب النفسي، وأنه مساند حيث يزورون مركز تأهيل المدمنين «عند الحاجة» أو ربما في «عدد معين من الساعات أسبوعيًّا». أما في المراكز التي تخدم أصحاب التشخيص المزدوج- أي الإدمان بالإضافة إلى اضطراب نفسي مزمن غير الإدمان- يجب أن يزور طبيب نفسي المكان يوميًّا بالنهار ويكون قيد الاستدعاء ليلًا. يقول تقرير مكتب الأمم المتحدة المَعْنِي بالمخدرات والجريمة بالحرف: «كحد أدنى يجب أن يكون هناك أطباء بما فيهم لو أمكن أطباء نفسيون

يحضرون عند الحاجة On Call، أو يحضرون لعدد معين من الساعات كل أسبوع. أما في مراكز التأهيل التي تخدم أصحاب التشخيصات المزدوجة فتحتاج إلى رعاية طبية في المكان تحضر يوميًا نهارًا وتكون جاهزة للاستدعاء عند الحاجة ليلًا. ويقول مكتب الأمم المتحدة UNODC: «المتعافون يمثلون قدوة قَيِّمة لنزلاء هذه الأماكن، وينبغي أن يتلقوا تدريبًا مهنيًا كمرشدين (مشيرين Counselors)، أو عاملين بالمجموعات Group Workers... والعاملون في هذه المراكز يُستحسن أن يقيموا فترة فيها قبل أن يبدأوا عملهم، والأفضل أن يكونوا هم أصلًا قد أقاموا كنزلاء في هذه المراكز». ثم يجب أن تكون هناك لائحة أخلاقية صارمة للعاملين في هذه الأماكن. فيجب أن يمتنع العاملون عن الوسائل التي تتضمن الإحراج أو الإذلال أو الإزدراء بالمقيمين، وأن يمتنعوا عن الترويج لمعتقداتهم الشخصية، والأفضل أن تكون لهذه المراكز مجالس إدارة خارجية، تقوم بالاشراف وضمان عدم إساءة استخدام مديري المجتمع العلاجي لسلطاتهم». (UNODC 2016).

وبينما يعرض مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة المعايير العامة، تتفاوت بطبيعة الحال صعوبة المتطلبات واللوائح المنظمة للمجتمعات العلاجية، بحسب درجة تقدم الخدمات عمومًا المقدمة في كل بلد. وسنستعرض هنا نموذج اللوائح التي تطبق في الولايات المتحدة الأمريكية أغنى دول العالم وأكثرها تقدمًا علميًّا. والتي تختلف قليلًا من ولاية لأخرى، كما نستعرض المتطلبات واللوائح التي تطبق في الفلبين مع لمحات من أندونيسيا وهما دولتان تماثلان مصر في النمو الاقتصادي والتنمية البشرية. ولمحات أخرى من المجر وهي تسبقنا قليلًا في الإمكانيات والموارد، ونيبال الأفقر منَّا كثيرًا.

مؤهلات المديرين والعاملين في مراكز تأهيل للمدمنين في الولايات المتحدة الأمريكية

التعريف الذي قدمته لجنة العلماء والمتخصصين للمشروع الأمريكي عن بيوت التعافي (أو إسكان التعافي) Recovery Housing ، هو أن هذه المراكز: «بيئة غير إكلينيكية للسكن، ويديرها الأقران (المدمنون المتعافون) أي الأفراد الذين يتعافون من اضطراب استخدام المواد (الإدمان)» .(GOA: Recovery Housing 2018 P.3)

ثم تُقسِّم اللجنة هذه البيوت إلى 4 درجات بداية من عيش مجموعة من المتعافين معًا بدون أي عاملين مدفوعي الأجر، إلى تلك التي يديرها عاملون مدفوعو الأجر. وتوضح أن المقيمين عادة يلتزمون بحضور مجموعات ال 12 خطوة، ويقدموا عينات لتحليل البول للتأكد من خلوهم من

المخدرات، وتشير إلى أن بعض هذه المراكز قطاع خاص يعتمد في تمويله على شركات التأمين الطبي أساسًا، وأخرى تعتمد على تمويل الجهات الحكومية، مثل إدارة خدمات تعاطي المواد والصحة النفسية Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) التي تقدم دعمًا ماليًّا إلى كثير من هذه البيوت. وهناك الجمعيات الخيرية الكبيرة التي تدعم غير القادرين في هذه المراكز أيضًا. وتؤكد SAMHSA فاعلية هذه البيوت في تحقيق التعافي في منشوراتها ودراساتها. كما تشرف على هذه البيوت جهات غير حكومية أو أقسام أحد الجمعيات غير الحكومية الكبرى التي تساعد في التمويل مثل الرابطة الوطنية لبيوت التعافي National Alliance of Recovery Residences (NARR) التي أبلغت في 2017م أنها تشرف على 2000 مكان في 15 ولاية وجمعية بيوت أوكسفورد (Oxford Houses) التي أبلغت أنها تشرف على 2,287 بيت في 44 ولاية. وبينما تقرُّ الحكومة الأمريكية بفاعلية هذه المراكز وتنظم الإشراف عليها، فهي ترصد وتتعامل مع أي مخالفات مثل تقاضي أموال أكثر من الجهات المانحة أو شركات التأمين بما لا يجوز من تلك التي تنفق على خدمة النزلاء، أوإقناع النزلاء بالإقامة باستخدام طرق مخادعة.وترصد وتعاقب على أي انتهاك لحقوق النزلاء. كما تُطوِّر هذه الجمعيات بصورة مستمرة لوائح وطرق التعامل مع هذه المخالفات. 79% من المقيمين في هذه البيوت من مدمني مخدرات و21% مدمني كحول و98% منهم يحضرون مجموعات الـ 12 – خطوة. (GOA 2018).

كما يذكر التقرير أن جهات ترخيص هذه الأماكن والإشراف عليها تتباين من ولاية لأخرى وتضم على سبيل المثال: جمعية فلوريدا لأماكن إقامة التعافيFlorida Association of Recovery Facilities ومجلس تراخيص فلوريدا

وتحالف ماساشوستس للإسكان الخالي من التعاطي Massachusetts for Sober Housing ومكتب التصاريح في وزارة الخدمات الإنسانية في ولاية يوتا. Utah Department of Human Services – Office of Licensing (GOA 2018).

ولعله من الجدير بالملاحظة في كل الأمثلة التي يوردها التقرير أن وزارة أو إدارة الخدمات الإنسانية (ما يوازي وزارة التضامن الاجتماعي) وليس وزارة الصحة كما في معظم الولايات، ليست من ضمن جهات الإشراف الحكومية على هذه البيوت. إلا أنها في ولايات أخرى تُخصِّص ما يُسمَّى قسم الخدمات غير الطبية للإشراف على مراكز التأهيل الاجتماعي هذه.

أما في ولاية كاليفورنيا يعتبر القانون أن المدمنين المقيمين في هذه المراكز من متحدي الإعاقة. ولذا لا يجوز منع هذه المراكز من أي منطقة سكنية. لكن يشترط وجود مسافة 300 قدم (مائة متر) بين أي مركز من هذه المراكز والمراكز الأخرى، كما تخضع هذه المراكز لقوانين توزيع الخدمات والسكن الإداري حسب كل حي.

ووفقًا لقوانين رابطة مدن كاليفورنيا، فإن الأماكن التي تدعم الأفراد الذين أنهوا علاجهم من اضطراب استخدام المواد (الإدمان)، لا تحتاج ترخيصًا أصلا على الاطلاقا. إلا أن الأماكن التي تقدم مجموعات أو دروس توعوية أو توجيه، أو تضع خطط للتعافي يجب ترخيصها. لكن مادامت لا تقدم علاجًا لأعراض الانسحاب، فترخيصها يكون «لأماكن خدمة غير طبية». وتقدم التراخيص في كاليفورنيا 3 جهات:

مجلس تصاريح مشيري الإدمان في كاليفورنيا.

جمعية برامج علاج تعاطي المخدرات بكاليفورنيا.

اتحاد كاليفورنيا لبرامج ومهنيي الإدمان.

لوائح ومتطلبات ولاية بنسلفانيا كنموذج:

تضع الولايات المختلفة قوانينها الخاصة من جهة خبرة المشيرين (مرشدي الإدمان) وتدريبهم بما فيها 40 ساعة من التعليم المستمر كل سنتين. وتضع كذلك شروط الأمان في أماكن تقديم الخدمات. وهذه الشروط تتباين بصورة طفيفة من ولاية لأخرى أيضًا. وسنتناول بتفصيل أكثر هنا الشروط ومتطلبات التعيين في ولاية بنسلفانيا لترخيص وإدارة مراكز التأهيل الاجتماعي للمدمنين خاصة تلك المتعلقة بمؤهلات مدير المشروع أو مدير المكان والمشيرين العاملين فيه. أولًا يجب كتابة سياسة واضحة للمكان من جهة احتمال انتكاس العاملين فيه الذين من خلفية تعافي من الإدمان. كما يجب كتابة سياسة سوء استخدام الخمور أو المخدرات للعاملين من غير هذه الخلفية. وكذلك سياسة التوظيف وكيفية اختيار العاملين وتعيينهم. على أن يكون عدد العاملين كافٍ لخدمة المستفيدين. بيوت منتصف الطريق لابد أن يكون -على الأقل- واحد من العاملين موجودًا طوال الوقت في المكان.

مدير (مراكز التأهيل الاجتماعي) يجب أن يكون حاصلًا على أحد المؤهلات التالية:

شهادة سنتين تعليم بمعهد مابعد المرحلة الثانوية (Associate degree) من معهد معتمد في تخصص الإدمان أو علم النفس أو العمل الاجتماعي، أو المشورة، أو التمريض، أو الإدارة، أو إدارة الأعمال، أو أي مجال متصل بالمجالات السابقة، على أن تكون له خبرة 4 سنوات في مكان يقدم خدمات إنسانية، ويُستحسن أن يكون في مكان يقدم خدمات للمدمنين.

تكون الخبرة المطلوبة 3 سنوات إذا كان المدير حاصلًا على بكالوريوس في أي من التخصصات المذكورة آنفًا.

تكون الخبرة سنتين فقط إذا كان المدير حاصل على درجة ماجستير أو أعلى مما تقدم من تخصصات، ويضاف إليها هنا فقط الطب (وليس بالضرورة الطب النفسي).

وظيفة المشرف الإكلينيكي :

نفس المؤهلات السابقة مع ضرورة وجود خبرة سنة على الأقل في تقديم المشورة للمدمنين، وتصريح كامل كمشير للإدمان.

وظيفة مشير أو مرشد :

تصريح Certification كامل كمشير للإدمان من هيئة وطنية للتصاريح، أو نفس المؤهلات السابقة مع سنة أقل في الخبرة مع كل مستوى.

وظيفة مساعد مشير :

على الأقل الثانوية العامة أو ما يعادلها على أن يكون تحت إشراف كامل من مشير. ويمكن أن يترقى لوظيفة مشير فور حصوله على المؤهلات المذكورة سابقًا.

ثم تقدم جهة الترخيص في بنسلفانيا استثناء دالًا حيث تقول إنه إذا لم يكن المدير مستوفيًا الشروط السابقة، يُعين المكان مشيرًا قائدًا Lead Counselor مستوفيًا الشروط جزءًا من الوقت، أو مشرفًا إكلينيكيًّا جزءًا من الوقت، لكل 8 أفراد يعملون في المركز. (Licensing Penn. 2020)

ثم يُقدِّم دليل التراخيص تفصيل المواد الدراسية المطلوب تغطيتها في التدريب الأساسي وفي ساعات التعليم المستمر.

متطلبات إدارة وتراخيص مراكز التأهيل الاجتماعي في الفيليبين وأندونيسيا ودول أخرى

أندونيسيا بلد يشبه مصر والبلاد العربية في تقاليده وعاداته وخلفياته الدينية والاجتماعية ونموه الاقتصادي. تقوم وزارة الصحة في أندونيسيا بمنح الترخيص، والإشراف على مراكز التأهيل الطبي للمدمنين بينما تشرف وزارة الشؤون الاجتماعية على مراكز التأهيل الاجتماعي. وقد سجلت أندونيسيا في عام 2011م نحو 396 مكان لتقديم الخدمات للمدمنين بنسبة نحو مركز واحد لخدمة كل مليون نسمة من السكان (Lai et al 2013) . والجدير بالملاحظة أن وقتها كان تقدير عدد مراكز التأهيل الاجتماعي في مصر بنسبة مماثلة، ولعله قد صار مركزًا لكل مائتي ألف نسمة اليوم. وبينما ينمو الإشراف والتطوير لهذه المراكز في العالم، لا تزال مصر تحاول تطبيق إشراف طبي فقط لاصلة له لا بالعلم ولا بما يحدث في العالم. ترخيص مراكز التأهيل الاجتماعي في ماليزيا مع وزارة الشؤون الاجتماعية، ويشترط فقط تعاقد ولو بدوام جزئي مع أخصائي اجتماعي لكل 15 مقيم. وفي المجر ترخيص المراكز أيضًا مع وزارة الشؤون الاجتماعية، ويشترط أن يكون المدير خريجًا من أي من 21 تخصص اجتماعي، ولو كان خريج تخصص آخر يحضر دورات مكثفة في الخدمة الاجتماعية.

يحدد القانون في الفلبين النماذج المسموح بها في التأهيل الاجتماعي للمدمنين، التي تتضمن إقامة كاملة على أنها: المجتمع العلاجي، والمجتمعات ذات النظم المتعددة، والمجتمعات ذات التوجه الروحي. ويقتصر دور وزارة الصحة هناك على تنسيق كل خدمات الإدمان. بينما يتم تسجيل مراكز التأهيل الاجتماعي التي يمتلكها الأفراد في وزارة الصناعة والتجارة والمراكز التابعة لشركات أو هيئات مع مصلحة التأمينات والتبادل التجاري (هيئة الاستثمار)، أما المراكز الخيرية فيتم تمويلها بالتبرعات وتخضع لجهات الإشراف الخيرية.

وشروط مدير المركز هناك أخف بكثير من الشروط الأمريكية، حيث تقتصر على أن تكون له خبرة عملية 3 سنوات في إعادة تأهيل المدمنين، وتدريب كافٍ على عدة نماذج تأهيل (دون أي تحديد لساعات التدريب ولا طبيعته) وأن يكون حاصلًا على شهادة دراسية من أي نوع في معهد سنتين بعد الثانوية العامة. وإذا كان مدمنًا سابقًا يُشترط فيه مرور3 سنوات على الأقل من الامتناع

عن التعاطي. على أن يكون بين العاملين طبيب واحد مُمارِس عام Physician متعاقد على الاستجابة عند الاحتياج، وطبيب أسنان واحد متعاقد على الاستجابة عند الاحتياج On call، وممرض (ة) أو داية Midwife واحد (ة) لكل 50 مقيم، و4 عاملين غير مهنيين (أي بلا خبرة ولا تدريب) على الأقل لكل 100 مقيم، وهذه كل الشروط والمتطلبات في العاملين في مراكز التأهيل الاجتماعي في الفلبين (Manual 2006).

دور مشرف التأهيل الاجتماعي أو مرشد التعافي في مراحل التعامل مع الإدمان في أماكن الإقامة الكاملة

دور مشرف التأهيل الاجتماعي أو مرشد التعافي في مرحلة علاج أعراض الانسحاب:

مساندة المريض أثناء العلاج بزيارات سريعة، وبناء دافعيته للاستمرار في العلاج، وخطط التأهيل طويلة المدى.

الترحيب بالمستفيد من الخدمة، و تعريفه بالبرنامج التأهيلي قبل و بعد الدخول للمراكز.

تنسيق المتابعة بعد انتهاء العلاج الطبى والطب نفسي في المجتمع، أو في مراكز التأهيل الاجتماعى للمتعافين أو مركز الدمج الاجتماعى.

دور لمشرف التأهيل الاجتماعي أو مثقف الأقران في مراكز التأهيل والدمج الاجتماعي:

- الترحيب بالمستفيد من الخدمة و تعريفه بالبرنامج التأهيلي قبل وبعد الدخول للمراكز.

- الاتصال بالمستفيدين و تعريفهم بالبرنامج، ونقل رسالته التأهيلية لهم، والسعي لإلحاقهم بالخدمات المناسبة.

- تقديم الدعم النفسي والمساندة للمقيمين.

- تنفيذ البرامج و الجداول، وتطبيق لوائح البرنامج التأهيلي، والـتأكد من تنفيذ المقيمين للجداول في مواعيدها، وحسن التزامهم بنظامها، والخطط و البرامج التأهيلية.

- المشاركة في الأنشطة بالقدوة و التدريب بالممارسة.

- المساهمة في كتابة وإعداد تقارير المتابعة و شرح المواد التعليمية تحت إشراف الأخصائي الاجتماعي أو النفسي.

- الإعداد للأنشطة التأهيلية وتنفيذها.

- المشاركة في قيادة المجموعات التأهيلية، ومجموعات المساندة الذاتية، ومجموعات تثقيف الأقران، والتدريب على مهارات الحياة.

- المشاركة في حل الأزمات، ومساندة المستفيدين من الخدمة في أثنائها.

- إبلاغ الطبيب أو الأخصائي الاجتماعي أو المديرين بالاحتياجات؛ لتدبير التحويل المناسب، والاستشارة المطلوبة من المهنيين المتخصصين بما فيهم الأطباء، والأطباء النفسيون، و الأخصائيون النفسيون، والمحامون، والمدرسون، وأخصائي التنمية والتوظيف، وغيرهم.

دور الطاقم الطبي في مراحل التعامل مع الإدمان في أماكن الإقامة الكاملة:

دور الطبيب والتمريض في المرحلة الأولى: علاج أعراض الانسحاب

الطبيب يتواجد بصفة يومية، ويكون هناك طبيب تحت الاستدعاء دائمًا، ويرى كل المدمنين يوميًّا. ويتواجد طاقم تمريض 24 ساعة كل أيام الأسبوع؛ لتنفيذ التعليمات الطبية، ومتابعة العلامات الحيوية (النبض والضغط والحرارة ومعدل التنفس)، واستقبال نتائج التحاليل (صورة دم كاملة ووظائف كُلى وكبد وسكر تراكمي) وإبلاغ الطبيب بها وملاحظة كل المرضى بصفة دائمة. الطبيب بمعاونة التمريض يقوم بما يلي:

الكشف الطبي الدقيق علي جميع المقيمين، ومتابعة الحالة الصحية العامة.

وصف الأدوية والعقاقير النفسية اللازمة لعلاج أعراض الانسحاب ومتابعة تأثيرها.

إجراء جلسات علاج نفسي فردي.

التعامل مع أي طوارئ نفسية أو طبية مباشرة، أو التحويل لجهة الاختصاص.

كتابة التاريخ الطبي والإشراف علي تاريخ الحالة.

اتخاذ قرار الخروج والنصح بالمتابعة من خلال العلاج، أو التأهيل الطب نفسي، أو التأهيل الاجتماعي، أو الدمج المجتمعي، أو المتابعة من الخارج مباشرة.

وصف الأدوية والعقاقير النفسية اللازمة للعلاج النفسي للإدمان، أو التشخيص المزدوج ومتابعة تأثيرها.

يشرف على التمريض.

دور الطبيب في المرحلة الثانية: مراكز التأهيل الاجتماعي

مثل أي بيت ضيافة أو فندق أو سكن جماعي للطلبة أو المسنين مثلًا:

يتواجد الطبيب مرة أو مرتين أسبوعيًّا ويُستدعَى عند الحاجة من خلال مديرالمكان أو المشرف عليه وأدوار الطبيب تتضمن:

المسح الطبي السريع أسبوعيًّا؛ لتحويل الحالات التي تتطلب تحويلًا، أو تستدعي استشارة طبية متخصِّصة من الخارج.

وصف الأدوية والعقاقير الطبية أو الطب نفسية للحالات التي لا تستدعي تحويلًا لمراكز خدمة طبية أو طب نفسية (معظم الأعراض النفسية كالاكتئاب أو القلق أو الذُّهان غير المتهيج إلخ).

التعامل مع أي طوارئ نفسية أو طبية مباشرة وتحويل ما يتطلب عناية خاصة إلى مركز طبي

مناسب.

ملاحظة لا توجد ضرورة لوجود تمريض.

دور المجتمعات العلاجية مع أصحاب التشخيص المزدوج

تشير نتائج المسح القومي في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه في عام 2014م كان هناك نحو 20 مليون مواطن تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر، يعانون من اضطراب استخدام المواد إدمان المخدرات، بينما 44 مليون يعانون من أمراض نفسية، ويقع في منطقة التقاطع 8 مليون مواطن يعانون من التشخيص المزدوج (أي إدمان واضطراب نفسي)، و36 مليون شخص يعاني من اضطراب نفسي ولا يعاني من الإدمان. لكن الغالبية العظمى من أصحاب الاضطربات النفسية لا يحتاجون إلى الاحتجاز في المستشفيات، أو مراكز الطب النفسي، وهذا ينطبق أيضًا على أصحاب التشخيص المزدوج.

تُظْهِر نتائج أكبر معهد في العالم لدراسات تعاطي المخدرات – المعهد القومي لتعاطي المخدراتNIDA أن غالبية أصحاب التشخيص المزدوج يعانون من اضطرابات القلق واضطرابات المِزَاج. كما تشير نتائج هذا المعهد العريق إلى أن المجتمعات العلاجية (مراكزإعادة التأهيل الاجتماعي أو الهافويات بيوت التعافي) خارج المستشفيات والمراكز الطب نفسية من أكثر الطرق فعالية في التعامل مع أصحاب التشخيص المزدوج، خاصة من خلال إعادة إدخالهم للحياة الاجتماعية Re socialization (NIDA 2010).

وبناءً عليه نجد أن هناك تنوع في جهة الترخيص التي تُرخص لتقديم الخدمات للمدمنين ولأصحاب الاضطرابات النفسية، فنجد أن دراسة كبرى في عام 2011 م قامت بتقسيم أماكن تقديم الخدمة على عدة أبعاد ومحاور. أحد هذه المحاور هي جهة الترخيص، فنجد أن من بين 13,720 مكان تم انتقاؤها بالوسائل العلمية للدراسة، هناك 83% منهم تم ترخيصهم من وكالة لترخيص خدمات تعاطي المخدرات – وهي وكالة مستقلة عن وزارة الصحة وأقسام تراخيص خدمات الصحة النفسية (CBHSQ 2011).

وتعتمد كل ولاية نُظمها الخاصة في تأسيس هيئة تراخيص مراكز تقديم خدمات التأهيل لمتعاطي المخدرات، وتُشكل عدد من جهات الترخيص تحت وزارة الخدمات الاجتماعية

Department of Social Services أو تُقدِّم تراخيص لمنشآت غير طبية تحت وزارة الصحة. مثال ولاية بنسلفانيا وولاية كاليفورنيا. Pennsylvania , State of California (1998,2007)) .

أسئلة للمناقشة الدراسية:

اكتب في 3 سطور تعريفـًا بكلماتك أنت للمجتمع العلاجي، وأهم المعايير التي بناءً عليها نحكم على مكان ما إذا كان مجتمعًا علاجيًّا أم لا.

ما أهم الفروق في رأيك بين الفلسفات العلاجية في برامج تأهيل المدمنين؟

اكتب عن خبرتك السابقة في مكان يُطبق مدخل المجتمع العلاجي، وما إذا كانت تنطبق عليه

المعايير. اشرح موضحًا وجهة نظرك.

اشرح بكلماتك أنت خمس مقاييس فرعية من مقاييس موس وطبقها على برنامج علاجي أنت تعرفه معطيًا درجة من 10 لهذا البرنامج في كل مقياس منها. واشرح موضحًا وجهة نظرك.

اذكر 3 صعوبات تواجه تراخيص المجتمعات العلاجية في بلدك. واقتراحاتك للتغلب على هذه الصعوبات.

كيف يمكن أن يتحسن التعاون بين المدمنين المتعافين والأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في المجتمعات العلاجية ؟ اكتب 3 اقتراحات محددة.

اذكر قصة مقيم صاحب تشخيص مزدوج في مجتمع علاجي تعرفه، وكيف استفاد أو لم يستفد من إقامته في هذا المجتمع العلاجي؟

تذكر

يقوم المجتمع العلاجي على مبادئ المساواة والديمقراطية والحب. وتلعب فيه المجموعات والمراحل والقواعد واللوائح المعلنة دورًا رئيسيًّا.

الثلاث فلسفات الكبرى التي تحكم مفاهيم وممارسات مراكز تأهيل المدمنين هي ال12خطوة (بيوت التعافي) والمجتمعات العلاجية التقليدية (بيوت المبدأ أو المفهوم) والبرامج ذات الطبيعة الدينية.

الدور الرئيسي في إدارة المجتمعات العلاجية، هو للأقران وللطبيب والأخصائي أدوار محددة أيضًا، وبناء الثقة المتبادلة بينهم ضروري ويستحق بذل المجهود.

كثير من أصحاب التشخيص المزدوج واضطراب الشخصية، يمكن أن يستفيدوا من المجتمعات العلاجية.

7- في بعض الفلسفات العلاجية يتم استخدام لفظ المدمن السابق ex-addict ، بينما مَنْ يتبنون برامج الخطوات الاثنتي عشرة يصرون على أن التعافي رحلة نمو وتغيير تستغرق العمر كله، فيفضلون لفظ المدمن المتعافي. وهناك أوساط علمية كثيرة تستخدم تعبير المستخدمين السابقين للمخدرات.

8- زوجة الرئيس الأمريكي الأسبق جيرالد فورد.

9- لاحظ أن موس يستخدم كلمة الأعضاء وليس المرضى أو الزبائن أو النزلاء أو المستفيدين. وهذا يُعبِّر عن القناعة التقليدية في المجتمع العلاجي بأن كل الموجودين "أعضاء" أو مشاركون وليسوا مجرد متلقين للخدمة.

مراجع ولمزيد من الاطلاع

References and Further Readings

Aiken, L. S., LoSciuto, L. A., & Ausetts, M. A. (1984). Paraprofessional Versus Professional Drug Counsellors: Diverse Routes To The Same Role. International Journal Of Addictions. 19(2): 153-73

APPLICATION FOR CERTIFICATION IN THE STATE OF CALIFORNIA: PEER RECOVERY SPECIALIST APPLICATION 1 ((ccapp.us

https://www.ccapp.us/site_media/media/attachments/flatblocks_flatbl /ock

Black, D. & Andreasen, N. (2014) Substance Use Disorders, .Introductory Textbook of Psychiatry

Cornell Law School: State Regulations

Subchapter 2 - Licensing Process (Article 1 to Article 7) | State (Regulations | US Law | LII / Legal Information Institute (cornell.edu

Brown, J.D., 2005. The professional ex: Wiley Online Library. Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1533- .[8525.1991.tb00354.x [Accessed October 3, 2021

Culbreth, J., (2000) Substance Abuse Counselors with and without a Personal History of Chemical Dependency, Alcoholism Treatment Quarterly, 18:2, 67-82, DOI: 10.1300/J020v18n02_05

Retrieved September 21, 2021 from Substance Abuse Counselors with and without a Personal History of Chemical Dependency: A Review of the Literature: Alcoholism Treatment Quarterly: Vol 18, No (2 (tandfonline.com

DeLeon, G., (2013) Therapeutic Communities, in Miller, P.Chief .Editor: Interventions for Addiction, Elsevir. New York

DeLeon, G., (2000) The Therapeutic Community: Theory, Model and .Method, New York, Springer Publishing Company

De Leon G.(1984) The therapeutic community: study of effectiveness. Treatment research monograph series (APM) 84 - 1286. Washington DC, National Institute on Drug Abuse

Doukas, N., (2015) A Contemporary New Role for Counselors in Recovery: Recovery Coaches in Communities of Recovery, Alcoholism Treatment Quarterly, 33:2, 244-247, DOI: 10.1080/07347324.2015.1018786

Retrieved September 21, 2021 from A Contemporary New Role for Counselors in Recovery: Recovery Coaches in Communities of Recovery: Alcoholism Treatment Quarterly: Vol 33, No 2 ((tandfonline.com

Doyle, K., 1997. Substance abuse counselors in recovery: Implications for the ethical issue of dual relationships. Journal of Counseling & Development, 75(6), pp.428–432. Available at: https://www. Substance Abuse Counselors in Recovery: Implications for the Ethical Issue of Dual Relationships - Doyle - 1997 - Journal of Counseling & Development - Wiley Online Library[Accessed .[October 3, 2021

Hart, L., (1976). Attitudes Regarding Drug Abuse among a Group of .Ex-Addict Staff Members*. Substance Use & Misuse, 11(1), 35–39

Retrieved September 21, 2021 from Attitudes Regarding Drug Abuse among a Group of Ex-Addict Staff Members* | Paper | Microsoft Academic

GOA (2018) United States Accountability Office: Report to Congressional Requesters: Substance Use Disorders Information on Recovery Housing, Selected States' Oversight and Funding. (GOA (18-315

Goldenberg, I., 1975. The addict and ex-addict in the world of work: Job finding experiences and performance in employment. Final report. ERIC. Available at: https://eric.ed.gov/?id=ED135988 .[[Accessed October 3, 2021

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., and Segar, G. (1999) Treatment Evaluation in the UK: The National Treatment Outcome Research Study. Treatment

Evaluation in Practice Chapter 8 pp. 6

Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT (2010). Substance abuse in women. Psychiatr. Clin North Am. 2010 Jun;33(2): 339-355

IIlgen et a (2010) Ilgen MA, Price AM, Burnett-Zeigler I, Perron B, Islam K, Bohnert AS, Zivin K. Longitudinal predictors of addictions treatment utilization in treatment-naive adults with alcohol use [disorders. Drug Alcohol Depend. 2010 Sep 7. [Epub ahead of print

Ham, C., LeMasson, K. & Hayes, J., The use of self-disclosure: Lived experiences of recovering substance abuse counselors. Taylor & Francis. Available at: https://www.tandfonline.com/https://doi.org/10.1080/07347324.2013. .[800399 [Accessed October 3, 2021

Hazelden (2021) https://www.hazeldenbettyford.org/about-us/history

Last accessed 24 July 2021

Healey, A. et al. (2003) “Criminal outcomes and costs of treatment services for injecting and non-injecting heroin users: evidence from a national prospective cohort survey.” Journal of Health Services Research and Policy: 2003 8, 134–141

Humphreys, K., Noke, J.M. & Moos, R.H., 1999. Recovering substance abuse staff members’ beliefs about addiction. Journal of Substance Abuse Treatment. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0740547295020195 .[[Accessed October 3, 2021

Kennard D. (1998) An Introduction to Therapeutic Communities. Second edition. London & Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers

Klingemann, H., Addiction careers and careers in addiction. Taylor & Francis. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826089909039412 .[[Accessed October 3, 2021

Lai, G., Asmin F. & Birgin, R. (2013) Drug Policy in Indonesia: IDPC .Briefing Paper, International Drug Policy Consortium

Licensing Regulations: Department of Drug and Alcohol Programs

(An Official Pennsylvania Government Website) Qualifications of the position of Director:
http://www.pacodeandbulletin.gov/Display/pacode?file=/secure/pacode/data/028/chapter704/s704.5.html&d=reduce
Qualification of the positions of Clinical Supervisor:
http://www.pacodeandbulletin.gov/Display/pacode?file=/secure/pacode/data/028/chapter704/s704.6.html&d=reduce
:Qualifications of the position of Counselor

http://www.pacodeandbulletin.gov/Display/pacode?file=/secure/pacode/data/028/chapter704/s704.7.html&d=reduce
:Qualifications of the position of Counselor Assistant

http://www.pacodeandbulletin.gov/Display/pacode?file=/secure/pacode/data/028/chapter704/s704.8.html&d=reduce
((accessed 15 December 2020

LoSciuto, L., Aiken, L.S. & Ausetts, M.A. (1984). Paraprofessional versus professional drug abuse counselors: Attitudes and expectations of the counselors and their clients. International Journal of the Addictions 19(3): 233-52

Manual of Operations for Drug Treatment and Rehabilitation Centers (2006)
https://www.ddb.gov.ph/images/MANUALOF%20OPERATIONS-DRUGREHAB.pdf

MCBAP: Michigan Certification Board for Addiction Professional, The IC&RC reciprocal certifications

/http://www.mcbap.com

Mulligan, D. H., McCarty, D., Potter, D. & Krakow, M. (1989). Counsellors in public and private alcoholism and drug abuse treatment programs. Alcoholism Treatment Quarterly 6(3-4): 75-89

Novotná, G., Dobbins, M., Jack, S., Sword, W., Niccols, A., Brooks, S., & Henderson, J., (2013) The influence of lived experience with addiction and recovery on practice-related decisions among professionals working in addiction agencies serving women, Drugs: Education, Prevention and Policy, 20:2, 140-148, DOI: 10.3109/09687637.2012.714015

O’Brien, W. B. & Henican, E. (1993) The Daytop Way to Make Your ,Child Drug Free

https:// www.kirkusreviews.com/book-reviews/william-b-obrien/you-/cant-do-it-alone

NASADAD (2012) The National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors

State Regulations on Substance Use Disorder Programs and Counselors: An Overview

State Regulations on Substance Use Disorder Programs and (Counselors: An Overview (house.gov

NIH (2010) National Institute on Drug Abuse: comorbidity: Addiction and Other Mental health Illnesses

https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nida-releases-new-research-report-comorbidity-addiction-other-mental-illnesses

NIH (2018) Comorbidity: Substance Use Disorders and Other

Mental Illnesses DrugFacts

https://www.drugabuse.gov/download/931/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses-drugfacts.pdf?v=a4aeb64f8000f71cf2147c4341e30551

SAMSHA (2010) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Survey of Substance Abuse Treatment Services: 4.16a Facility Licensing, Certification, Or Accreditation, By Type Of Care Offered: 2010. Number

SAMHSA (2006) Substance Abuse and Mental Health Services :Administration

Treatment Detoxification and Substance Abuse Treatment

https://www.samhsa.gov/resource/ebp/tip-45-detoxification-substance-abuse-treatment

Sarra L. Hedden, Joel Kennet, Rachel Lipari, Grace Medley, Peter Tice (2015): Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health

Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) | CBHSQ (Data (samhsa.gov

Saul Spigel, Chief Analyst (2007) DRUGS; CERTIFICATE OF NEED; LICENSING

REQUIREMENTS FOR ESTABLISHING DRUG REHABILITATION (CENTER (ct.gov

http://www.ct.gov/ohca/taxonomy/ct_taxonomy.asp?|DLN=42021&ohcaNav=|42021

Simpson, D.D., Joe, G.W., Lehman, W.E.K., and Sells, S.B. 1986. Addiction Careers: Etiology, treatment and 12-year follow up outcomes. The Journal of Drug Issues, 16(1):107-121

Simpson, D.D., 1984. Reliability and validity of data: 12 year follow-up of 1969 –1972 admissions to the DARP drug abuse treatments

Simpson, D.D., Joe, G.W. Bracy, S.A. 1982. A 6-year Follow-up of opioid addicts after admission to treatment. Archives of General Psychiatry, 39(11):1318-1323

State of California: Health and Human services agency: INITIAL TREATMENT PROVIDER APPLICATION

https://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/DHCS_6002_Initial

UNODC (2016) International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, Commission on Narcotic Drugs, Fifty-ninth session, Vienna, 14-22 March 2016, Item 9 of the provisional agenda: Preparations for the special session of the General Assembly on the .world drug problem

Winick, C. (1990). The Counsellor in Drug user Treatment. International Journal of the Addictions 25(12a): 1479-502

White, W., (2000) The History of Recovered People as Wounded Healers, Alcoholism Treatment Quarterly, 18:2, 1-25, DOI: 10.1300/J020v18n02_01

Retrieved September 21, 2021 from https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n02_01

الفصل السادس

أخلاقيات المهنة

سنعرض في هذا الفصل تعريفات المهنة ودور الأخلاقيات فيها. ثم نشرح سريعًا المبادئ الخمسة لمهن المشورة والإرشاد عمومًا، وهي الفائدة وعدم الأذى والولاء والمساوة والاستقلال. مع بعض التطبيقات على مهنة مرشد التعافي. ثم سنعرض بالتفصيل ميثاق أخلاقيات الجمعية الوطنية (الأمريكية) لمشيري الإدمان والتعاطي. حيث إنها تقوم بتدريب المجالس والجمعيات الوطنية في دول عديدة على هذا الموضوع، وكثير منها يحتذي بميثاق هذه الجمعية. ولأننا شركاء في العمل التدريبي مع هذه الجمعية. والميثاق المذكور يتضمن تسعة مبادئ تتصل بما يلي: أولًا:علاقة المشورة، ثانيًا: السرية والتواصل الخصوصي، ثالثًا: المسؤوليات المهنية ومعايير مكان العمل، رابعًا: العمل في عالم متنوع الثقافات، خامسًا: التقييم والفحص والتفسير، سادسًا: العلاج والإشراف على النت ووسائل التواصل الاجتماعي، سابعًا: الإشراف والتشاور، ثامنًا: حل المشكلات الأخلاقية، تاسعًا: النشر والتواصل والإعلام. وسنضيف ملاحظات وأسئلة تفاعلية متصلة بالواقع في بلادنا.ملاحظات للمدرس/المدرب: في هذا الفصل قدّم فيما بين 10 دقائق إلى 20 دقيقة الشرح، ثم افتح فرصة لإجابة أسئلة التفاعل والحوار التالية على الجزء الذي شرحته مدة 3 إلى 5 دقائق. ثم اسمع بعض الإجابات وعلِّق عليها مدة 10 إلى 20 دقيقة أخرى.

التعريفات: المهنة والأخلاقيات

يتم تعريف الأخلاقيات المهنية بشكل عام، بأنها القواعد والمعايير الأخلاقية التي تحكم سلوك العاملين في مهنة ما. الأخلاقيات Ethics عمومًا تتعلق بإنسان يتمعن نفسه بوعي في كيف يكون كائنًا أدبيًّا Moral Being. أي أنها تتعلق بفحص الإنسان لنفسه؛ ليقيم سلوكه ودوافعه ويقيسها وفقا لمعايير محددة. ومعايير الأخلاقيات تحكمها وتشكلها الأديان (أو الرؤية الكلية للكون) والقوانين والقناعات الشخصية. وعادة تتشكل بمزيج من هذه المكونات الثلاث.

الأخلاقيات المهنية تتشكل بالإضافة إلى هذه المكونات من توافق العاملين في مهنة ما حول ما هو أخلاقي وما هو غير أخلاقي فيها.

تعريف المهنة: المهنة هي تقديم خدمة لمستفيدٍ ما. وعناصر المهنة: تتضمن ثلاثة عناصر يجب أن تكتمل لتتكوَّن مهنة ما، وهي:

مجموعة من المعارف والمهارات.

مجموعة من الممارسين، لديهم مصلحة مشتركة.

مجموعة من الأخلاقيات.

حيث إن تقديم خدمة لمستفيدٍ ما، يستند على مجموعة من المعارف والمهارات، والتي يمارسها مجموعة من الممارسين تحكمهم أخلاقيات معينة. فظهور الإدمان كظاهرة واضحة في أي مجتمع، ونشوء الحاجة إلى متخصِّصين لمواجهة هذه الحاجة، أدى إلى ظهور مهنة مرشد أو مشير التعافي

من الإدمان، أو مهني الإدمان المتخصِّص في التعامل مع أصحاب المشكلات مع الإدمان والمخدرات الأخرى. ومن ثَمَّ نشأت ضرورة تجميع المهارات والمعارف الأساسية، وتنظيم العاملين في هذه المهنة الناشئة مع تنظيم قواعدها الأخلاقية.

الأخلاقيات الأساسية للمهنة:

يؤكد فورستر- ميلر ودافيزعلى الخمسة مبادئ الأخلاقية الكونية Global الأساسية في أيّ مهنة من مهن الإرشاد النفسي أو المشورة النفسية (Forester-Miller & Davis 2016). وكثيرون يعتبرون أن هذه المبادئ الخمسة تنطبق على مشورة الإدمان كما تنطبق على غيرها من أنواع المشورة والإرشاد (Linton 2012).

الفائدة:

يجب أن يكون هناك تصور واضح لنوعية الاستفادة، وتوقع واضح بأن العميل سيستفيد من الخدمة المقدمة. كما يجب أن يكون احتمال الاستفادة مرجّح. ويتوقع العُملاء الاستفادة من الخدمة، وعلى مرشد التعافي أن يُوظف كل قدرته وكفاءته لتحقيق هذه الاستفادة.

عدم الإيذاء

وهو التزام المرشد بتجنب الأنشطة التي قد تؤذي العميل، حتّى وإن كان الأذى غير مقصود. يجب تجنب عدم الكفاءة والإيذاء والتقصير في الأداء.

الاستقلال

من حقّ العملاء أن يكون لديهم حرية التفكير، وحرية اختيار طريقة المشورة الخاصة بهم. وعلى المرشدين أن يلتزموا أخلاقيًا بتحجيم اعتمادية العميل عليهم، وتعزيز استقلاليته في اتّخاذ القرارات.

٤. العدالة

الالتزام بتقديم القدر المتساوي والعادل من المعاملة لجميع العملاء. كما يجب أن تكون نفس الخدمات متاحة للجميع. ويجب أن يتمَّ ذلك بغض النظر عن أي عوامل أخرى مثل السن، الجنس، العِرق، النواحي الجمالية، الخلفية الثقافية، القدرات الاجتماعية والاقتصادية، أسلوب الحياة أو الدين. كما ينطبق هذا أيضًا على الفرد الذي تُنظر اهتماماته في ضوء حقوق واهتمامات الأخرين.

٥. الإخلاص (الولاء)

يجب الخضوع بأمانة للالتزامات الموجَّهة نحو العملاء، فعلى المرشد أو الشخص الذي يُقدم المساعدة أن يقوم بخلق مناخ علاجي مفعم بالثقة، حيث يتمكن الناس من اكتشاف حلول لمشاكلهم بأنفسهم، فيجب ألَّا يكون هناك أي خداع أو استغلال. كما يتضمن مفهوم الولاء أن ولاء مهني الإدمان الأول هو لعميله وليس لطرف ثالث، حتى لو كان هذا الطرف هو جهة دفع تكلفة الخدمة. مثلًا حق العملاء في التمتع بالخصوصية يتضمن على سبيل المثال أنه لايمكن إفشاء معلومات عن

العميل لأقاربه، أو لأيِّ شخص آخر دون الحصول على موافقته.

الأخلاقيات الإلزامية والمرجوة

الأخلاقيات الإلزامية هي تلك التي تُغطي المتطلبات الرئيسية للقانون والمنظمة التابع لها المرشد، والأخلاقيات التي يتوقعها المجتمع منه مثل الصدق والنزاهة والقيام بالواجبات المهنية. أما الأخلاقيات المرجوة هي تلك التي نجاهد في سبيل تحقيقها، كمعايير وقيم أسمى نحيا لنعمل بها، كتقديم خدمة مجانية لغير القادرين.

أسئلة للتفاعل والحوار

ما في تصورك مصادر الأخلاقيات الأكثر أهمية لديك التي تحكم تعاملك مع المدمنين: الدين أم الثقافة أم القانون أم قِيمك الشخصية أو العائلية؟ اشرح كيف تتفاعل هذه المصادر في ضميرك أنت وممارساتك موضحًا وجهة نظرك بأمثلة واقعية من تعاملاتك مع المدمنين.

في رأيك ما أهم 3 أخلاقيات إلزامية لتقديم الخدمة للمدمنين؟ ثم اذكر 3 أخلاقيات إلهامية. اشرح موضحًا وجهة نظرك.

تظهر النواحي الأخلاقية في كل نواحي الحياة، وتختلف باختلاف مواقف الخدمة، سنلقي نظرة على بعض هذه القواعد، والتي لها تأثير على قطاع الإرشاد النفسي في الإدمان. كما سنتعرض لبعض النواحي الأخلاقية للمرشد النفسي أو الشخص الذي يقدم المساعدة أو الخبراء الطبيين:

احتياجاتي أم احتياجات العميل؟

هل أنا كُفْء لتقديم الإرشاد النفسي أو النصيحة؟ (متعلم، متدرب، كُفْء وجدير بالثقة).

ما حقوق عملائي؟ وما الذي يحدد هذه الحقوق؟

اتخاذ قرارات أخلاقية.

هل أنا واضح في مسألة السرية؟

هل يمكنني تقديم خدمات جيدة لشخص من بلد أخر/ خلفية ثقافية أخرى؟

التشخيص.

وسوف نتناول بالشرح كلًّا من هذه النواحي فيما يلي:

احتياجاتي أم احتياجات العميل؟

ما الذي نحاول تحقيقه عند تقديمنا لنوع من أنواع المساعدة أو الإرشاد النفسي للعملاء؟ هل نحن نحاول أولًا تسديد احتياجات العميل الذي طلب المساعدة، أم تسديد احتياجنا نحن للشعور بالأهمية، أو اثبات وجهة نظرنا «العلاجية»، أو تدعيم موقفنا أو موقف مؤسستنا المالي أو العلمي أو المعنوي. علاقتنا المهنية بالعميل قائمة لأجلهم هم ولأجل مصلحتهم.

نحن بحاجة إلي أن نسأل أنفسنا هذا السؤال: ما احتياجاتنا الخاصة التي تُسدَّد من خلال هذه العلاقة؟ فمن الممكن أن نُشبع احتياجاتنا الخاصة، كسعادتنا بأننا قدمنا مساعدة للعميل، ولذلك نحن بحاجة لإدراك ما الاحتياجات التي نقوم بإشباعها؟، وإلَّا انتهى بنا الحال ونحن نستخدم أو نسيء استخدام العميل.

ما الاحتياجات الخطيرة التي قد أكون بحاجة لإشباعها؟

احتياجاتنا المادية: من الطبيعي أن يسعى المعالج إلي تسديد الاحتياجات المادية لديه في الحدود التي تسمح له أن يعيش حياة كريمة، ولكن في نفس الوقت عليه أن يكون حريصًا لئلا تتحول رغبته في تسديد هذه الاحتياجات إلي الهدف الأساسي من العملية العلاجية، أو تأتي على حساب تقديم الخدمة للعملاء، لذلك من الهام ألَّا تؤثر احتياجاتي المادية على قرار مدة بقاء العميل داخل المجتمع العلاجي، كذلك ينبغي أن أكون واضحًا فيما يخص قبول الهدايا من العملاء أو من ذويهم، حتى لا يؤثر هذا على تعاملاتي مع هؤلاء العملاء أو العملاء الأخرين.

احتياجنا للسيطرة وللسلطة: هناك قوة شخصية قد يسعى إليها مَنْ يقدم المساعدة. يمكن للعميل استخدام هذه الصفة في المرشد النفسي لتحسين حياتهم، والتحكم في النواحي التي يمكن أن تكون خارجة عن نطاق السيطرة، في حين أنه إذا كان المرشد النفسي يشعر بافتقاده للقوة، يستخدم سلطته كمشير ليشعر بالسيطرة على الأخرين، لإشباع احتياجاته للإحساس بالأهمية والقوة بهذه الطريقة.

احتياجنا لأن نكون مؤثرين ونستطيع تقديم المساعدة: قد ينضم بعض المرشدين النفسيين لهذه المهنة بعد اجتيازهم لمشكلة مع الاكتئاب أو إدمان المخدرات، أو أي حالة أخرى تكون قد ساهمت مع الوقت في جعل حياتهم يائسة أو مضطربة، وعند اكتشافهم لأي حدث أو نظام علاجي أو برنامج مساعدة ساعد بنموهم الشخصي، قد يرغبون في مساعدة الأخرين بهذا البرنامج فورًا. بينما هم في هذا الوقت بحاجة للمساعدة مثل العميل. من الطبيعي أن يشعر المرشد النفسي بدرجة ما من الامتنان أو الاحترام أو التقدير والاهتمام من العميل. لكن يمكن أن تنشأ مشكلة من شعور المرشد النفسي بقيمته الشخصية، إذا كان هذا قائمًا فقط على ردود أفعال وتجاوبات العملاء. وقد يؤدي هذا بصورة واعية أو غير واعية إلى تشجيع اعتمادية العملاء عليه.أو ما هو أسوأ.

احتياج تغيير الأخرين بما يتناسب مع قِيمنا الخاصة: قد يشعر الأشخاص الذين يقدمون المساعدة في بعض الأحيان، برغبة في تغيير منظومة قيم العميل لتتماشى مع قِيمهم الخاصة. بل وقد يرون في بعض هذه القِيم ما يعتقدون أنه يشكل خطورة على حياة العميل ويرون وجوب التغيير. ويكمن الفخ هنا في محاولات المرشد النفسي تغيير قيم العملاء لتتناسب مع قيمه الخاصة، دون أن يلاحظ أنه بذلك يسلب العميل حقه في الاختيار وتحديد ما القيم التي يراها أهم له.

الاحتياج للقيام بالتعليم والوعظ: إذا كان المرشد النفسي واحدًا من الذين استفادوا من نظام علاجي بعينه، أو من نظام تدريبي كان فعَّالًا معه ، أو مرّ بتجربة روحية قوية، قد نجده يميل لاستخدام نفس هذا الأسلوب مع العميل. بينما استخدام نموذج واحد فقط مع العميل قد لا يفيده.

هل نحن أَكْفَاء لتقديم المشورة النفسية؟ (متعلمون، مُدرَّبون، أَكْفَاء، وجديرون بالثقة)

من غير الأخلاقي أن نقدم خدماتنا في مجالات ليس لدينا فيها إلا قدر بسيط من الخبرة أو المعرفة ولم نتلقَ التدريب عليها. بل وربما نكون قد حصلنا على تدريب ما، لكن هذا قد لا يعني بالضرورة أننا صرنا أَكْفَاء في هذا المجال. نحن بحاجة للمهارة والخبرة والمميزات الشخصية الملائمة لمهمة علاجية بعينها.

والسؤال الذي ينبغي أن نسأله دائمًا هو هل نتابع باستمرار أحدث تطورات الأبحاث والمقاربات الجديدة البديلة لما نعرفه؟ ليس من الأخلاقي أن نتمسك بما هو قديم فقط، ولا أن نتوقف في تقديمنا للخدمات للمدمنين عند استخدام النظريات القديمة المألوفة لنا فقط، بينما قد تظهر نظريات جديدة أكثر فعالية ونحن لا نتابعها أو نتدرَّب عليها.

هناك بعض الدول تشترط الحصول على تدريبات مستمرة، وبشكل نظامي حتى تقوم بمنح المعالجين الترخيص للاستمرار في مزاولة المهنة.

أحد أهم الأسباب التي تمنحنا الشعور بالأمان في القيام بأدوارنا هو التدريب المستمر.

لقد أثبتت التجارب أن المؤسسات التي تقوم بتدريب موظفيها، وتقدِّم لهم خبرات جديدة وعميقة، يهتم موظفوها بالاستمرار بها، حتى وإن كانت تمنح مرتبات أقل من المؤسسات الأخرى.

لإتقان أي مهنة، هناك عناصر هامة ينبغي توافرها:

المعرفة النظرية (للأهداف العلاجية ولخلفيات المرض وأسبابه ولأساليب وأدوات العلاج).

التدريب (حضور دورات تدريبية وقراءة كتب والمتابعة على مواقع جديرة بالثقة في الإنترنت وحضور المؤتمرات).

الممارسة تحت إشراف مستمر من الرؤساء أو الزملاء (تقييم وتطوير الأداء باستمرار).

ما حقوق العملاء؟

حق الموافقة المستنيرة. من حق العملاء الحصول على معلومات كافية ليتمكنوا من القيام بدور فعَّال في القرارات التي تؤثر في حياتهم، بخصوص العلاج والتعافي معنا أو بمعونتنا. لدى العملاء كلُّ الحق في معرفة ما يجب أن يتوقعوه عند تعاملهم معنا، وما تفاصيل ونوع الخدمة التي نقدمها لهم. كما أن لديهم الحق في معرفة الظروف التي سنضطر فيها أن نتخلي عن السرية. ولديهم الحق أيضًا في معرفة مدى استمرارية العلاج، ومكان العلاج، وما إذا كان هناك أي تغييرات، وما الظروف التي قد تؤدي إلي انقطاع الخدمة.

كذلك يجب أن يتمّ شرح احتمالية التصريح لبعض السلطات عن بعض الممارسات غير القانونية، إذ يمكن أن يشعره ذلك بالخيانة، في حال اكتشفها وحده، ويتم إخباره عندئذٍ أن المشرفين سوف يقدمون تقارير عنه. كما يجب أن نخبر العملاء أن بعض أساليب المشورة النفسية والعلاج تسبب بعض الضغوط، عند مناقشة مواضيع قديمة. ويجب أن تُعرَض جميع هذه المعلومات على العميل، قبل توقيع عقد تقديم خدمات المشورة النفسية.

يحتفظ العملاء أيضًا بحقهم في أن يتمَّ تحويلهم لشخص أكثر كفاءة، إذا كانوا يحتاجون لمساعدة تتجاوز حدود كفاءتنا أو خبرتنا أو قدرتنا على تقديم المساعدة.

ما التحفّظات الأخلاقية المحيطة بحقوق القاصرين /تحت السنّ القانونية؟

موافقة أولياء الأمور يجب أن تقوم على تفهمهم لما سيُقدَم من خدمات للشخص القاصر الذي يقع تحت ولايتهم. لكن هل يستطيع الطفل تحديد أهدافه الخاصة؟ ما المواضيع التي تُحاط بالسرية عند التعامل مع الأطفال؟

اتخاذ قرارات أخلاقية

إذا شعرت أنك تواجه مسألة ذات نواحي أخلاقية، حاول العمل من خلال الخطوات التالية:

قم بجمع المعلومات ومعرفة ما إذا كانت المشكلة قانونية، أخلاقية، أم أدبية. قم بفحص الحقوق والواجبات ومصلحة كل الأطراف. قم بتطبيق المبادئ الأساسية الخمسة.

انظر في اللوائح المتاحة أمامك مقارنًا إياها بأخلاقياتك الخاصة.

استعن بمشورة الأخرين، وقُمْ بتوسيع دائرة المشورة (لا تكتفِ فقط بأصدقائك أو زملائك المقربين)

قُمْ بتقليب أفكارك، واستمر في الحصول على المشورة من الأخرين.

قُمْ بكتابة العواقب المختلفة للتصرفات المختلفة، مقارنًا كيفية تأثير كلٍّ منها على عميلك.

قرر في ما هو واضح أنه أفضل الحلول، وكلما كانت الحيرة بسيطة، كلما صعب الحل.

يمكنك التحقق من قِيمك الخاصة، واكتشاف دوافعك، واحرص على إعادة فحص القِيم التي تحكمك في أخذ هذا القرار، والتصرفات التي قمت بها بناءً عليها، أو التصرفات التي يُحتمل أن تقوم بها. مدركًا أهمية التساؤل والفحص المستمر للذات.

السرية

يُقرُّ القانون الآن في معظم البلاد أن العميل لديه كامل الحق في تمام السرية، عند التعامل مع المرشدين النفسيين وكافة خدمات المساعدة. أن طبيعة المشورة للمدمنين (كما هو الحال مع دواعي المشورة النفسية الأخرى) تدعو إلي كفالة حق العميل في الحصول على خدمة سرية. وبذلك نحتاج أن نشرح للعملاء عن حدود السرية، كما نحتاج أن نعرف إذا كنا سنناقش حالتهم مع المشرفين والزملاء الأخرين أم لا.

فمثلًا قبل الالتحاق ببرنامج في المملكة المتحدة، يحب التصريح عن معلومات تخصُّ العميل في الحالات التالية:

إن كان يُعرض نفسه أو الأخرين للخطر.

عند اقتناع الشخص القائم بالمساعدة أن الطفل تحت سن الـ 16 يتعرض لانتهاك جسدي، اغتصاب، إساءة استخدام أو جريمة أخرى.

إذا اقتنع الشخص القائم بالمساعدة أن العميل بحاجة لدخول المستشفي.

عندما تكون المعلومات هي موضوع مناقشة في القضاء.

إذا طلب العميل إفشاء المعلومات لطرف ثالث.

سياسة إتاحة المعلومات ...مناقشة

يجب أن تُلِم بقوانين بلادك أو المدينة/ المحافظة التي يمكن أن تؤثر فيك بخصوص السرية (ومواضيع أخرى) هناك إلزام لتقديم «التحذير والحماية»، وينطبق ذلك على العاملين بالصحة النفسية. إذا كان أي مريض أو أي شخص مُعرَّضًا أن يكون عنيفًا، أو يحاول قتل شخص آخر، فيجب تحذير الطرف الذي سيقع ضحية هذه الإرادة المريضة، والسلطات المختصَّة.

نتحير عندما نعمل مع شخص مصاب بفيروس الإيدز «فيروس نقص المناعة البشري»، ويمارس جنس غير آمن مع شخص آخر، أو أشخاص أخرين دون علم الأخرين بالخطر المحيط بهم. فمن العميل في هذه الحالة؟ هل هو الشخص الذي أتى للمشورة النفسية، أم الأخرين الذين قد تتعرض حياتهم للخطر؟ إذا لم ينصح المستشير بممارسة الجنس الآمن ولم يحذر المستشير الضحية... فهل يشترك المشير بذلك في إيذاء الأخرين؟

العملاء ذوي الميول الانتحارية

يجب أن يحكم المشير على حدة الوضع، وإذا اقتنع أن هناك خطرًا حقيقيًّا قد يُقدم عليه العميل لإيذاء نفسه، فيجب عليه عندئذٍ اتّخاذ الخطوات اللازمة. كما يجب عليه إخبار السلطات المختصة مثل العيادات النفسية. يجب التعرف على المرحلة التي يمُرُّ بها العميل من خلال الحديث معه، فهناك أربع درجات من الخطورة ينبغي استكشافها:

هل يفكر العميل في الموت كثيرًا؟

هل يفكر العميل في الانتحار؟

هل لدى العميل خطط للانتحار؟

هل حاول الانتحار من قبل؟

العمل في ثقافة مختلفة

يجب أن يحاول المرشد النفسي باستمرار تعلُّم مواطن التحيُّز والتحامل في المجتمع، وما يخص العِرق والأقليات ويحاول جاهدًا تصحيحها. يجب أن نُلِم بخلفية العميل الثقافية والعرقية، كما يجب أن ندرك احتمالية انتقاصنا للفاعلية في العلاج، من خلال تقديم المشورة في بلد آخر وثقافة أخرى.

قُمْ بمراجعة تقديرات القِيم. على سبيل المثال، مقارنة مصر بإسكتلندا من حيث وقت العائلة الفردية مقارنة بالمجموعة.

يمكن النظر إلي الاعتمادية الداخلية، وفقدان الذات في المجموعة بمنظور جديد في مصر بخلاف الغرب. يجب مراجعة كل التوجهات المتعلقة بالتحليل النفسي، السلوكيات، العلاج المعرفي السلوكي، والوجودية، فهي جميعها مؤسسة في الغرب، لذلك يجب معرفة ما يمكن تطبيقه وأين؟

الديناميكية النفسية

يعتقد القائمون على تحليل القِيم، أنها وسيلة لتحليل وشرح الإجابة عن تساؤل، لماذا يمُرُّ العميل بالمشاكل؟ بينما ينظر إليها غير القائمين على تحليل القِيم، أنها مجرد إطار خارجي من المراجع، يُبعد المعالج عن العميل كما يوجد عنصر عرقي وثقافي في التقييم، والتشخيص، ويجب على المشير النفسي أخذه في الاعتبار عند استخدام هذه الوسائل. فهناك بعض الممارسات في آسيا مثلًا يمكن أن تُوصف على أنها عُصابية فقط؛ لأنها تختلف عن «الطبيعي» في الغرب.

هل الغرض من التشخيص هو مخاطبة شركات التأمين؟ ... مناقشة

الانجذاب الجنسي والاستغلال الجنسي

إن حقيقة أننا واعيين جنسيًا، لا ينفي أنه من غير الأخلاقي أن يرفض المشير الاعتراف بالانجذاب الطبيعي، والأفكار التي تأتي من حميمية التواصل مع الجنس الآخر (أو نفس الجنس أحيانًا)؛ لأن هذا الاعتراف قد يُفاقم الوضع، ويزيد من احتمال ارتكاب الاستغلال الجنسي للعميل. أي تلامس يؤدي إلى إشباع جنسي من أي درجة هو استغلال جنسي، حتى لو كان برضا العميل. لأن العلاقة هنا غير متكافئة. ميزان السلطة والنفوذ في صالح المشير بدرجة كبيرة. وهذا ينطبق أيضًا على استغلال العلاقة المشورية لعمل علاقات رومانسية، أو جنسية مع أحد أقارب العميل، أو مَن يهمهم أمره، ويشاركون في العلاقة المشورية.

الأخلاقيات والقيم المتضمنة في المداخل العلاجية

إن النماذج التي نختار استخدامها تتضمن أشكالًا من الخلفيات الأخلاقية، فكل مَنْ سبق له استخدام النموذج سيقوم بترك بصمات معاييره الأخلاقية، ومع ذلك فليس هذا هو الحال دائمًا.

يمكن أن نوضح ذلك من خلال توجهات المشورة النفسية المختلفة. على سبيل المثال التمركز حول العميل والديناميكية النفسية. تقوم بعض أساليب المشورة باتِّباع فكرة التمركز حول العميل، كأسلوب كارل روجرز والذي يؤكد على قدرة العميل على التحديد بنفسه. فلا تقوم المشورة النفسية بتقديم أي شيء للعميل، إنما تحرره ليختبر نموه الشخصي. فمن المتوقع أن يكون للعميل قدرة داخلية على النمو، وهو أهل لذلك. فيكون هناك تحفظ أخلاقي على المشير أن يكون له تأثير مباشر على استقلالية العميل.

أما المشير الذي يتبع نظريات فرويد في الديناميكية النفسية، يكون على النقيض من ذلك، حيث يفترض أن المشير هو الخبير، ويتوقع وجود صلة بين أحداث الماضي، والحالة النفسية الراهنة، ويتُوقع من المشير النفسي المُدرب على الديناميكية النفسية أن يجد هذه الصلة، ويقوم باقتراح وسائل التصحيح. قد يكون الهدف الأسمى للمشير هو استقلالية العميل، ولكن سيكون هناك توجه أخلاقي، يقوم على أن المشير يعرف ما هو أصلح للعميل، لذا هو مَنْ سيضعه في المكان الصحيح لتجنب مواطن الألم، وسيوفر له البصيرة لرؤية المشاكل التي يواجهها.

ينشأ العلاج المبني على الديناميكية النفسية والمعرفية والنظم الإنسانية من آداب المصلحة أو الرفاه، أي السعي لازدهار العميل النفسي والروحي والاقتصادي والاجتماعي. على سبيل المثال قد

يعتقد المشير أنه يعرف ما هو أفضل للعميل، فلأي مدى يكون مطالبًا باستخدام هذه المعرفة لمصلحة ورفاه العميل.

عند إدراك هذه النقطة يكون من الضروري معرفة الخلفية الأخلاقية التي تتناسب مع العميل، فلن يفيد التحيُّز لتوجه التمركز حول العميل، مع شخص يرى أن الاستقلالية مبدأ غريب في مرحلة ما من حياته. فقد لا نجد مع مدمن الكحول الذي فقد السيطرة تمامًا على حياته هذا التوجه ملائمًا أو مفيدًا.

ومع ذلك عندما تتحسن حالة المدمن ويتطور في مراحل التعافي، لن يجد أن الديناميكية النفسية مفيدة، وقد يفضِّل تَوجُّه التمركز حول الشخصية. وقد يؤدي هذا المبتدأ إلي خلق نوع من الاعتمادية على المشير النفسي.

التمييز:

هل من الأخلاقي ألَّا يوظف أيُّ صاحب عمل مدمنًا متعافيًا خوفًا من أنه قد ينتكس؟

العنصرية:

اقتباسًا من دبلومة CCETSW في الخدمة الاجتماعية (1996):

«يجب على الطلاب التعرُّف على قِيمهم وفحصها، وفحص تحيزاتهم الخاصة، وإظهار تكامل واضح ومتطابق ومتمرس لقِيمهم عمليًّا».

«المعلمون المتمرسون يُغيِّرون الخدمة الاجتماعية».

من الصعب على أيّ شخص مصري من القاهرة مثلًا، أن يُميز بوضوح كافٍ في نفسه تأثير التوجهات، والمعتقدات المتحاملة على الأشخاص من الريف، أو الصعيد، أو من البدو، أو من طبقة اجتماعية أعلى، أو أدنى مثلًا، بناءً على عرقهم ولونهم، والتي ترسخت منذ زمن قديم. يتطلب أي تَوجُّه يتعامل مع هذه التحيزات أن يُظْهِرها على السطح، حتى تتم المناقشة والعمل على هذه التوجهات والمفاهيم.

النـــوع:

اقتطاف: «لقد واجهت كل من الطالبات والمعلمات نوع من الاضطهاد والتمييز أثناء حياتهم في المجالات التالية، التعليم، التمييز الإداري، المضايقات الجنسية، أو التعليقات الازدرائية».

التوجه الجنسي:

«يجب أن يواجه المشيرون ذوي الميول للجنس الغيري (مع الجنس الآخر)، نظرتهم الخاصة للجنسية المثلية، أو التباين الجنسي حتى يستطيعوا تقديم مناخ آمن ومناسب للمستشيرين من خلال العلاقة الإرشادية».

التمييز المضاد:

إذا كان المدمن المتعافي هو صاحب العمل في أي هيئة للإرشاد النفسي، هل يرى أنه يجب ألا يقوم بتعيين أي شخص غير مدمن؟ «لأن غير المدمن لم يمُرُّ بنفس الظروف ولم يسلك نفس الطريق»، أو لا يقوم بتعيين شخص غير مدمن؛ لأنه لم يختبر التعافي والذي يُعد أمرًا صعبًا جدًا؟

الإرشاد النفسي في وقت الانتكاسة:

إذا انتكس مدمن متعافٍ يقوم بتقديم الإرشاد النفسي، لا يمكن أن يستمر في عمله كمرشد نفسي. ففي الماضي كان يقدم نموذجًا جيدًا للتعافي لعملائه، ولكن ما الذي سيحدث الآن؟ ماذا سيحدث إذا انتكس، هل يدمر من حوله؟ هل من حق صاحب العمل أن يقوم بفصله، أم يتم ضمه لبرنامج آخر يساعد العاملين في هذا المجال في أي جهة أخرى؟ كيف ينظر العملاء إلي المرشد النفسي الذي يستقطع وقتًا من عمله؛ ليتلقى هو نفسه المشورة والإرشاد؟

إذا كانت هناك سياسة للعاملين بأن يساندوا من لديهم مشاكل مع الإدمان؟ فكيف يمكن لصاحب العمل قبوله مرة أخرى فور انتهاء مشكلة الانتكاسة؟ إذا كان الاعتماد على الكيماويات يُعتبر مرضًا، فكيف يتم فصل شخص بسبب مرضه؟ هل تقوم بفصل شخص اكتشفت أنه مريض بالسكر؟ ستنشأ بالتأكيد مثل هذه المشاكل؛ لذا يجب أن تجيب على هذه الأسئلة بقواعد مهنية واضحة في المؤسسة التي تعمل بها.

سمات المرشد النفسي الذي لم يختبر الإدمان:

ما الحد المسموح به من الكحول للموظفين من غير خلفية التعافي من الإدمان؟ وهل يجب أن يتدخل صاحب العمل في الحياة الخاصة؟ ما السياسة المتبعة إذا وجد أحد المرشدين الذين لم تكن لديهم مشاكل سابقة مع الإدمان في حالة سكر بَيِّن؟ أو في حالة شرب كمية كبيرة من الكحول؟ ما حقه في نظام دعم العاملين؟

التحويل:

هناك وقت يجب أن يدرك فيه المرشد النفسي أنه يجب أن يقدم المزيد للعميل، ويجب أن يدرك المشرف أو المتطوع، ما التصرف الصحيح الذي سيكون أفضل من التدخل الطبيعي للعمل الاجتماعي أو للأخصائي أو الطبيب أو حتى من الراعي الديني.

التشخيص المزدوج:

يجب أن يدرك أي معالج أو مرشد في الإدمان لا يمارس الطب، أنه لا يستطيع أن ينصح بأي علاج طبي، كما أنه ليس من حقه أبدًا منع العميل من تلقي العلاج الذي يصفه الطبيب المتخصِّص. فأيّ شخص غير متخصِّص في الأدوية، قد يُعرِّض حياة المدمنين للخطر، أو يساعد على وجود مشاكل خطيرة في المخ عند منع تعاطي أيّ مدمن للأدوية.

من غير الأخلاقي أن ندَّعي وسائل علاجية كاذبة لنحصل على المزيد من النقود، أو لجمع التبرعات. فادِّعاء نجاح أي نموذج علاجي دون دراسة، يمكن أن يؤدي إلي نزاعات في الخدمة، إذا تم فحص هذه النماذج، ولم تتم موافقتها، أو إذا تم إثبات عدم جدواها أو عدم فاعليتها أو حتى

ضررها.

برامج علاج العاملين:

تبحث الشركات دائمًا على أقل الوسائل تكلفةً لعمل الأشياء، فهناك فخ أخلاقي يقع عند الاتصال بمقدم للخدمة لتقديم خدمة ما لمؤسسة ما، عندما يقوم مقدم الخدمة بتقديم وسيلة علاجية واحدة، عندئذٍ يكون أمام العميل اختيارًا محدودًا، أو قد يكون الاختيار معدومًا. عندئذٍ يكون مقدم الخدمة مجبرًا على تحويل العملاء فقط إلي مؤسسة.

تقييم نجاح العلاج:

ما علامة البرنامج الناجح؟ يجب أن يتم شرح هذه النقطة بالتفصيل عند تقديم أي خدمة للعميل، حيث تقوم بعض البرامج بادّعاء نجاح كبير، ولكنها تستمر في التوقف عن تعاطي المخدرات، فقط عند مرحلة العلاج في المجتمع السكني العلاجي، ويتم إغفال الاحتمالية الكبرى للانتكاسة عند التسريح من البرنامج.

هناك خدمات يُعرف عنها تقديم «خدمات متابعة مجانية»، وهي تقتصر فقط على توجيههم لحضور اجتماعات مدمني الخمر المجهولين. طبعًا هذا ليس متابعة مهنية.

إفشاء السرية عن غير قصد:

قد يحدث إفشاء لحالات العملاء من خلال معرفة آخرين لاسم المعالج. هناك حالة مثلًا تُظهر أن صديق تمكن من معرفة اسم أم وابنتها من خلال اسم معالجهم، الذي نشر تفاصيل عن الحالة في مجلة، مع أن المعالج لم يفصح عن الأسماء. بل قام بتغيير الأسماء فيما كتب في المجلة. إلاّ أن اسمه كان الصلة التي ساعدت هذا الصديق على التعرف على تفاصيل العائلة. قد تنشأ الكثير من المشاكل من «الإفشاء غير المتعمد» للسرية.

اختبار البول الإلزامي:

يطلب بعض مقدمي الخدمة من العملاء، أن يوقّعوا على الموافقة على القيام بتحليل عينية بول عندما يُطالبوا بذلك. ويُعتبر هذا من ضمن الحقوق الموقعة لبعض الخبراء المهنيين، وبسبب إمكانية أن يلجأ المريض لتبديل عينته بواحدة أخرى، فيجب مرافقة المريض ويعتقد بعض العاملين أن في ذلك كسر لعلاقة الثقة، في حين يعتقد البعض الآخر أنه لصالح العميل؛ كي يحيا حياة خالية من المخدرات في المراحل المبكرة من التعافي.

أماكن العمل – اختبارات عشوائية:

يعتقد البعض أن العينة العشوائية للبول لمقدمي خدمات الإدمان في أماكن عملهم، يعتبر انتهاك للحقوق الإنسانية. لكن الموافقة على ذلك أثناء التعاقد على العمل مسموح بها في وظائف عديدة كالجراحين والطيارين وقائدي السيارات والسفن ومشغلي الآلات الثقيلة، إلخ.

جمع التبرعات من العملاء أو أهلهم:

تمر الكثير من المراكز العلاجية بمعضلة أخلاقية، تدور حول المدة القصوى التي يمكن بعدها أن يطلب المركز من العملاء الأغنياء، تقديم التبرعات للمركز. وقد ترفض المراكز الأخرى فكرة اللجوء للتبرعات على الإطلاق.

أنواع التبرعات:

إذا قام أحد العملاء بتقديم أي هدية لأي عامل أو مشرف كتعبير عن الامتنان، أو قام بتقديم أثاثًا جديد مثلًا للمركز، فهل من الأخلاقي القبول، علمًا بأن العميل وأهله قد دفعوا تكاليف العلاج بالكامل؟

المعضلات بين أخلاقيات ال ١٢ خطوة والأخلاقيات المهنية:

قد يحدث تضارب في بيئة العمل بين منظومتي الأخلاق المهنية ومنظومة أخلاقيات ال 12 خطوة. المعضلات الأخلاقية هنا تتضمن مثلًا:

هل يمكن أن يشرب مدمنو الكحول مرة أخرى؟ هل من الأخلاقي ألا ينصح المرشد المدمن المتعافي أن يمتنع تمامًا عن الشرب بكل أشكاله ؟ يقوم المرشدون النفسييون بتدريب مشرفيهم على نصح العملاء بالتوقف تمامًا أو التحكم في الشرب، ويتم ذلك بناءً على رغبة المستشير وحده. بينما مرَّ آخرون بأزمات أخلاقية وإرشادية كثيرة حتى توصلوا إلي إمكانية تقديم بديل للذين لديهم اعتمادية على الشرب، ولكن ليس بطريقة مدمرة أو ليست لمدة طويلة. وهناك فعلًا بعض العملاء تمت إعادة تدريبهم على سلوكيات تعاطيهم للشراب، وهم الآن قادرون على شرب الكحول بطريقة محكومة. يُعدُّ هذا مرفوضًا أخلاقيًّا في مجتمعات مدمني الخمر المجهولين، فلديهم فلسفة واعتقاد يمنعهم حتى من مجرد التفكير في اقتراح الشرب مرة أخرى.

«يجب أن تأتي مصلحتنا العامة في الصدارة».. هل يمكن أن يؤدي هذا «لقمع» أيّ فرد مختلف؟

«ما قادتنا إلاّ خدام مؤتمنون وهم لا يحكمون» هل هذا ينطبق على القائد القوي العزيمة؟ كم عدد قادة المدمنين المجهولين الذين لهم سلطة في المجتمع؟

هل من الأخلاقي أن تجتمع المجموعات الفقيرة في ظروف فقيرة؛ لأن التقليد ينص بأنه يجب ألَّا يستعينوا بأي معونة خارجية؟

5. هل بقاء المدمنين المجهولين، غير مهنيين للأبد، يمنعهم من أن يصبحوا ما يمكنهم أن يكونوا عليه؟

هل يُعتبر غناء وإشادة بعض المشاهير للأنواع المختلفة من العلاج، والذي قد يكون في معظم الوقت من الخطوات الاثنتي عشرة، كسرًا لهذا التقليد أم لا؟ هل تقوم خدمات الاثنتي عشرة بكسر هذا التقليد من خلال الإعلان، وجمع التبرعات وطلب التبرعات من العملاء القدامى؟ المجهولية في هذه الحالة ألَّا يُوجد العديد من الأشخاص الذين يسعون ليكونوا متحدثين عن مدمني الخمر المجهولين ويحملون الراية للإعلان عنها؟

قواعد الأخلاقيات المهنية (مدونة آداب المهنة)

للجمعية الوطنية (الأمريكية) لمشيري الإدمان والتعاطي

وسنعرض هنا تفصيلًا مدونة آداب المهنة Ethics Code للجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي، مع محاولة من خلال الأسئلة التفاعلية لربطها بالواقع الثقافي المغاير في بلادنا، مع السعي لأقصى درجة ممكنة من الالتزام المهني. وسنعرض هذا في النقاط التالية:

مقدمة عن المعايير الأخلاقية للجمعية الوطنية (الأمريكية).

مبادىء الأخلاقيات المهنية سنقدمها على تقسيمة من تسعة مبادىء عامة أو مجالات مبادئية هي:

أولًا: علاقة المشورة.

ثانيًا: السرية والتواصل الخصوصي.

ثالثًا: المسؤليات المهنية ومعايير مكان العمل.

رابعًا: العمل في عالم متنوع الثقافات.

خامسًا: التقييم والفحص والتفسير.

سادسًا: العلاج والإشراف على الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي.

سابعًا: الإشراف والتشاور.

ثامنًا: حل المشكلات الأخلاقية.

تاسعًا: النشر والتواصل والإعلام.

مقدمة عن المعايير الأخلاقية للجمعية الأمريكية لمشيري الإدمان (ناداك)

بينما تُقرُّ ناداك بأن أعضاءها والمشيرين المرخصين بواسطتها، ومقدمي الخدمات الآخرين، يعيشون في مجتمعات عديدة ومتنوعة، ويعملون في هذه المجتمعات، إلا أن من مسؤولية ناداك أن تحدد قواعد للأخلاقيات المهنية تصلح أساسًا لأي تفكر وتدبر واعٍ لما هو أخلاقي وما هو غير غير أخلاقي. وهذه القواعد تنطبق على كل مقدمي خدمات الإدمان سواء كانت الخدمة فردية، أو في مجموعات وقائية، أو تعافي، وفي مكان إقامة كاملة، أو خدمات خارجية.

وقد أقرت مفوضية التصريح الوطنية هذه القواعد. ومن ثَمَّ إذا تم تقديم شكوى أخلاقية في مقدمي الخدمة فسيتم تقييم الشكوى رجوعًا لهذه القواعد.

الأخلاقيات المهنية المذكورة هنا تعكس إعلان ناداك عن قِيمها المهنية، وهي دليل إرشادي لاتخاذ القرار. وهي تُستخدم لدى مجالس التصاريح في الولايات والبلدان المختلفة والمؤسسات التعليمية / التدريبية لتقييم؛ أداء مهني الإدمان، ويُسترشد بها في عملية استخراج التصاريح ومتابعة استمراريتها. وقبل أن نُورد المعايير الأخلاقية المحددة، نُوصي بأخذ ما يلي من مباديء عامة في الاعتبار:

الاستقلالية: أن نسمح للآخرين بحرية تقرير مصيرهم.

إطاعة القوانين والأخلاقيات: مسؤولية الالتزام بالقوانين وبالتوجيهات الأخلاقية.

الرفض لأسباب ضميرية: مسؤولية رفض القيام بتنفيذ توجيهات تخالف القانون والأخلاقيات.

الفائدة: التأكد أن ما نقوم به ينفع الآخرين.

الامتنان: أن ننقل الخير الذي نتلقاه للآخرين أيضًا.

الكفاءة : أن نتمتع بالمعرفة والمهارات اللازمة للتعامل مع الزبائن (العملاء) في مجال عملنا، وأن نطور ونحدث هذه المعارف والمهارات، وفقًا لأحدث النماذج والنظريات والتقنيات العلاجية.

العدالة: التعامل مع الآخرين بإنصاف وعدل على قدم المساواة بين جميع مَنْ نتعامل معهم.

الأمانة في استخدام الموارد والقدرات : استخدام كل الموارد المتاحة بطريقة دقيقة وبضمير سليم؛ لتحقيق أفضل نتيجة.

الصراحة والنزاهة: قول الصدق في كل التعاملات مع العملاء والزملاء وشركاء العمل والمجتمع.

الإخلاص: الالتزام بتنفيذ الوعود والتعهدات وكل كلمة نقولها.

الولاء: مسؤولية عدم التخلي عن الذين تعمل معهم.

الاجتهاد: العمل بجد في المهنة التي نعمل بها، ونقدم خدماتنا بعناية واهتمام، وبصورة شاملة لكل جوانب الخدمة.

الكتمان: احترام خصوصية وسرية الآخرين، والتمييز الواعي في هذا الخصوص.

تطوير النفس: الشغل على النمو الشخصي والمهني؛ ليكون مقدم الخدمة أفضل ما يمكن كإنسان وكمهني.

عدم الإيذاء: عدم الإضرار بأي من مصالح العميل.

أسئلة للتفاعل والحوار

هل يمكن في حالات الضرورة الكذب على العميل؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك بالأمثلة.

المبدأ الأول: علاقة المشورة:

1:1 : رفاه العميل ومصلحته: يدرك مهنيو الإدمان ويقبلون مسؤولية ضمان أمان ومصلحة ورفاه عملائهم. وأن يقوموا بكل ما هو في وسعهم لخير كل عميل باحترام وحساسية، ويشاركوا في الوَجْد Compassion (حنو وتراحم). وأن يعاملوا كل عميل بكرامة واعتبار واحترام.

2:1 : الموافقة المستنيرة: يدرك مهنيو الإدمان حق كل عميل في كامل المعلومات عن علاجه، بلغة بسيطة وواضحة ومفهومة، بما فيه أهداف العلاج، ومخاطره، ومحدودياته، وتكلفته، والبدائل المعقولة المتاحة بما ستعرضه عليه. مع إيضاح حقه في رفض تلقي الخدمة وحقه في سحب

موافقته ضمن الإطار الزمني المحدد في الموافقة. وعلى مقدمي الخدمة استعراض حقوق وواجبات العميل ومقدمي الخدمة كتابة وشفاهة.وعليهم أن يحصلوا على شهادة العميل أنه قد فهم ما تتضمنه الموافقة المستنيرة.

3:1 : الموافقة المستنيرة: يجب أن تتضمن:-

شرحًا وافيًا وصريحًا لطبيعة الخدمات التي سيتلقاها العميل، مع المنهجيات والنظريات التي يتم استخدامها عادة لتقديم هذه الخدمات.

أهدافًا ومقاصد الخدمات التي سيتلقاها، ومخاطرها المحتملة، والتقنيات، والإجراءات، والمحدوديات والفوائد المتضمنة في هذه الخدمات.

ج. مؤهلات وشهادات وخبرات مهني الإدمان الذين سيقدمون الخدمات للعميل وأسلوبهم في المشورة.

د. الحق في الخصوصية والسرية ومحدوديات هذا الحق بما فيها واجب إنذار الآخرين عند الضرورة.

هـ. السياسات المتبعة في استمرار تقديم الخدمات حال عجز المشير أو وفاته.

و. دور التكنولوجيا بما فيها الحدود حول البحث الإلكتروني، وشبكات التواصل الاجتماعي.

ز. تبعات التشخيص واستخدام الاختبارات والتقارير.

ح. التكلفة والفواتير وتبعات عدم دفع التكلفة وسياسات التحصيل.

ط. كل ما يختص بالإشراف 10الإكلينيكي والتشاور.

ي. الحق في رفض تلقي العلاج أو المشورة من متدربين بدون أي خوف من تبعات هذا الرفض.

4:1: حدود الخصوصية والسرية: مهنيو الإدمان يوضحون طبيعة العلاقة مع كل الأطراف، وحدود السرية والخصوصية معهم، خاصة عند تقديم الخدمات بناءً على طلب طرف ثالث (العمل أو الأسرة إلخ).

5:1: التنوع: سيحترم مهنيو الإدمان التنوع في عملائهم، وسيسعون إلى مزيد من التدريب والإشراف المشوري في المجالات التي يواجهون فيها احتمال فرض قِيمهم الخاصة على العميل.

6:1: التمييز: لن يمارس مهنيو الإدمان أي نوع من التمييز بناءً على الجنس، أو العرق، أو اللون، أو الدين، أو المعتقدات الروحية، أو السن، أو تحديد النوع الاجتماعي11 أو التوجه الجنسي12 أو الأصل القومي، أو الحق في التعبير، أو الحالة من الزواج (الحالة الاجتماعية) أو الميول السياسية، أوالوضع من التجنيد، أو الحالة الاقتصادية، كما لن يقوموا بتسهيل أي نوع من أنواع التمييز، أو يتغاضوا عنه، أو يتعاونوا مع مَنْ يمارسه.

7:1 : فقدان الأهليَّة القانونية: مهنيو الإدمان الذين يمثلون عملاء فقدوا أهليتهم القانونية، أو يتعاملون مع ممثلين، أو أوصياء قانونيين عن عملاء لهم، سوف يتصرفون وفقًا للمصلحة الفضلى للعملاء، وسوف يُعْلِمون الأوصياء أو ممثلي العملاء بأي ظروف قد تؤثر على العلاقة العلاجية.

كما أن على مقدمي الخدمة أن يوازنوا بين الحقوق الأخلاقية لعملائهم في اختيار علاجهم، وبين قدرة هؤلاء العملاء على الموافقة الواعية على تلقي الخدمات العلاجية، وبين الحقوق القانونية للوالدين، والأهل، والممثلين القانونيين الأوصياء، ومسؤوليات هؤلاء الأهل في حماية العملاء واتخاذ القرارات نيابة عنهم.

8:1: الدخول الإلزامي: مهنيو الإدمان الذين يعملون مع عملاء تم إلزامهم بتلقي المشورة والخدمات المماثلة، سوف يناقشون مع عملائهم المحدوديات الأخلاقية في السرية. وسيشرح مقدمو الخدمة طبيعة الخدمات العلاجية التي يقدمونها. وإذا رفض العميل هذه الخدمات، فعليهم أن يوضحوا له عواقب وتبعات هذا الرفض، مع احترام استقلالية العملاء.

9:1: تعدد المعالجين : سيحصل مهنيو الإدمان على توقيع العميل على موافقة مكتوبة على مشاركة المعلومات عن العميل مع مهني صحة سلوكية آخر، سواء كان هذا العميل فعليًّا متلقيًا للخدمات العلاجية أو في حالة وجود احتمال لتلقيه لهذه الخدمات. على أن تتيح هذه الموافقة السعي الجاد لتأسيس علاقة تعاون في تقديم هذه الخدمات.

10:1: الحدود: مهنيو الإدمان سيدرسون بعناية المخاطر الكامنة والفوائد المحتملة لتحريك حدود العلاقة المشورية فيما وراء الأبعاد القياسية13 لهذه العلاقة. وفي هذه الحالة يجب السعي للتشاور والإشراف المشوري.

11:1: العلاقات المزدوجة أو المتعددة الطبيعية : سيبذل مهنيو الإدمان كل الجهد لتفادي العلاقات ذات الطبيعة المتعددة مع أي عميل. وعندما لا يمكن تحاشي علاقة ذات طبيعة مزدوجة، سيبذل المهني حرصًا زائدًا لضمان عدم اختلال أحكامه المهنية وعدم وجود أي مخاطرة في استغلال العميل بأي صورة. وتعدد طبيعة العلاقات مع غيرها يتضمن ما يلي :- أعضاء أسرة المهني المباشرة أو الواسعة وشركاه في العمل أو مَنْ هم على علاقة شخصية قريبة مع المهني أو أحد أفراد أسرته. وفي حالة تجاوز هذه المحددات يجب على مقدمي الخدمة أخذ الاحتياطات المهنية الملائمة مثل الموافقة المستنيرة، والتشاور، والإشراف المشوري، والتوثيق لضمان عدم اختلال أحكامهم، وعدم وقع أي ضرر على العميل. كما يجب توثيق هذا التشاور والإشراف.

12:1 العلاقات السابقة على تقديم الخدمة: يقر مهنيو الإدمان أن هناك مخاطر أساسية وفوائد في قبول عملاء كانت لهم علاقة سابقة على تقديم الخدمة لهم. وهذا يتضمن كل من كان على علاقة عابرة أو من بعيد أو منذ زمن طويل سابق على علاقة المشورة. قبل قبول الدخول في هذه العلاقة لابد أن يسعى مقدم الخدمة للتشاور والإشراف المشوري.

وعلى مقدم الخدمة أن يضمن أن حكمه لا يعتريه اختلال، وألا يحدث أي نوع من الاستغلال.

13:1 العميل السابق: مهنيو الإدمان الذين يفكرون في المبادرة بالاتصال بعميل سابق أو بناء علاقة معه، سوف يسعون إلى التشاور أو الإشراف المشوري قبل مثل هذه المبادرة.

14:1 المجموعة: مهنيو الإدمان سيوضحون في حالة العمل داخل مجموعة مَنْ هم «العملاء»، ومَنْ هم مقدمو الخدمة. وسيوضحون علاقة مقدم الخدمة بكل فرد في المشورة الجمعية (المجموعة العلاجية). وسيتخذون الاحتياطات المعقولة لحماية الأعضاء من الأذى.

15:1 الشفافية المالية: سيقدم مهنيو المشورة الحقائق المتعلقة بالخدمة المقدمة، وتكلفة هذه الخدمات بكل صدق للعملاء، ولأي طرف ثالث يتكفل بدفع تكلفة هذه الخدمات.

16:1 التواصل: سيتواصل مهنيو الإدمان بطرق ملائمة لثقافة درجة نمو مَنْ يتواصلون معهم. مقدمو الخدمة سيقومون بشرح الموافقة المستنيرة، ومناقشة كل ما يتعلق بها بلغة مفهومة. وكل تبعات وتخمينات الموافقة المستنيرة الثقافية سيتم تدبرها وتوثيقها بواسطة مقدم الخدمة.

17:1 وضع الخطة العلاجية: سيقوم مهنيو الإدمان بوضع الخطة العلاجية بالتعاون الكامل مع عملائهم. وستتم مراجعة وإعادة تقييم الخطة العلاجية بصورة مستمرة، ومخطط لها جيدًا لضمان حيويتها وفعاليتها ومصداقيتها.

18:1 مستوى الرعاية: سيقدم مهنيو الإدمان لعملائهم الرعاية بأعلى جودة ممكنة. ويستخدمون معايير الجمعية الأمريكية لطب الإدمان ASAM (أو ما يُماثلها) لضمان تقديم خدمة ملائمة وفعَّالة لعملائهم.

19:1 التوثيق: سيقوم مهنيو الإدمان ومقدمو الخدمة كافة بعمل التوثيق الذي تتطلبه القوانين واللوائح وقواعد المؤسسة التي يعملون بها. وسيحافظون ويحمون ويخزنون هذه الوثائق بصورة آمنة.

20:1 المناصرة والدفاع: مهنيو الإدمان مدعوون لمناصرة حقوق عملائهم، والمدافعة عنها على مستوى الفرد والمجموعة والمؤسسة والمجتمع. على مقدمي الخدمة التزام بالتكلم علنًا بخصوص العوائق والحواجز التي تعيق وصول العملاء للخدمة التي تعيق نموهم وتطورهم. وعن المدافعة عن حق عميل بعينه سيحصل مقدمو الخدمة على موافقة مكتوبة قبل إطلاق جهود المدافعة عن حقوق هذا العميل.

21:1 التحويلات14: مهنيو الإدمان سيحترمون حق كل عميل في كامل الرعاية البدنية والاجتماعية والنفسية والروحية والعاطفية، بالصورة التي توفي احتياجاته. وسوف يُحوِّل مقدمو الخدمة العميل للمختصين الملائمين ثقافيًا ولغويًا، عندما يُعرب العميل عن أي مشكلة تحتاج خدمات تتجاوز حدود مقدمي الخدمة التعليمية، أو ما تدربوا عليه، أو تتخطى حدود مهاراتهم، أو خبرة مَنْ يشرف عليهم، أو التصاريح التي حصلوا عليها.

22:1 الاستغلال: يدرك مهنيو الإدمان النفوذ الذي يتمتعون به على عملائهم ومتدربيهم والمشاركين في البحث العلمي الذي يقومون به، ولن يستغلوا ثقة أي عميل و متدرب أو مشارك في البحث العلمي، ولن يستغلوا بأي صورة اعتماد هؤلاء على مقدمي الخدمة.

مقدمو الخدمة لن يشاركوا في أي فعل أو نشاط يُنقص من الحقوق القانونية أو المدنية لأي عميل. ولن يستخدم مقدمو الخدمة الأساليب القهرية في العلاج بما فيها التهديدات، والوصم السلبي، ومحاولات استثارة الخزي، أو الإذلال. ولن يفرض مقدمو الخدمة قِيمهم الدينية أو السياسية على أي عميل. ولن يحاول مقدمو الخدمة تطبيق العلاج «بالهداية» أو التحوُّل الديني على العملاء.

23:1 العلاقات الجنسية والغرامية: لن يقوم مقدمو الخدمة بأي علاقة جنسية أو غرامية مع أي من عملائهم الحاليين أو السابقين. كما لن يقبلوا تقديم الخدمة لأي عميل سبق وأن جمعتهم به علاقة

جنسية أو غرامية أو اجتماعية أو عائلية. وينطبق هذا الحظر على العلاقات الفعلية أو على الإنترنت (شبكة المعلومات الإلكترونية). ويحظر على المهنيين تقديم المشورة للأصدقاء، أو أعضاء العائلة الذين يعجزون عن الحفاظ على الموضوعية في علاقتهم بهم.

24:1 إنهاء تقديم الخدمة: سيتوقف مقدمو الخدمة على تقديمها فور انتهاء طلب العملاء لهذه الخدمة، أو انتهاء حاجتهم إليها، أو فور عجز مقدمي الخدمة عن الاحتفاظ بالموضوعية تجاه عملائهم. وسيقوم المشيرون بتقديم مشورة ما قبل إنهاء الخدمة، ويعرضون التحويل المناسب إذا لزم الأمر. وسيقوم مقدمو الخدمة بتحويل العميل إلى مقدم آخر للخدمة إذا تعرض مقدمي الخدمة لخطر الأذى من العميل أو من أي شخص على صلة بالعميل. وسيقوم مقدمو الخدمة بترتيب تغطية مناسبة في حال الانقطاع المؤقت للخدمات كما في الإجازات أو المرض أو أي ظرف غير متوقع.

26:1 الترك أو الهجران: لن يهجر مهنيو الإدمان أي عميل يعالجونه، ومقدمو الخدمة الذين يتوقعون انتهاء الخدمة أو توقفها مؤقتًا، سوف يبلغون كل عميل بهذا على الفور، ويسعون إلى نقل العميل إلى مقدم خدمة آخر، أو تحويله، أو الاستمرار في تقديم الخدمة له حسب احتياجات وتفضيلات كل عميل.

27:1 الأتعاب: سيتأكد مهنيو الإدمان أن كل الأتعاب التي يتقاضونها في مقابل خدماتهم عادلة، ومعقولة، ومتسقة مع الخدمة المقدمة ومع قدرة العميل على الدفع.

28:1 التحويلات الذاتية: لن يقوم مهنيو الإدمان بتحويل العملاء من المؤسسات التي يعملون بها إلى مكاتبهم أو عيادتهم الخاصة، إلا إذا كانت سياسات مؤسساتهم تسمح بهذا، وعندما يكون التحويل الذاتي غير مطروح سيخبرون العملاء.

31:1 حجب السجلات: لن يمنع مهنيو الإدمان عملائهم من الاطلاع على سجلاتهم العلاجية لمجرد أنهم لم يتلقوا تكلفة الخدمة التي قدموها.

32:1 حجب السجلات: لن يحجب مهنيو الإدمان عن العميل تقارير إتمام علاجه أو تقدمه فيه؛ لمجرد أن النفقات لم يتم دفعها. خاصة إذا كانت هذه التقارير ستُقدَّم للمحاكم، أو لضباط المراقبة الاحترازية Probation الذين يطلبون هذه التقارير لأغراض قانونية. على أنه يمكن للتقارير أن تتضمن أن نفقات الخدمة لم يتم دفعها تمامًا أو جزئيًّا.

33:1 الإفصاح ودفع النفقات: عند البدء بتقديم الخدمات سيقوم مهنيو الإدمان بالإفصاح بوضوح لكل عميل وتقديم شرح وافٍ له لما يلي:-

كل النفقات والتكاليف المتعلقة بتقديم الخدمات المهنية بما فيها تكلفة المواعيد التي يفوتها العميل أو يلغيها.

استخدام مكاتب تحصيل النفقات أو الإجراءات القانونية حال عدم دفع النفقات.

الإجراءات المتبعة للحصول على النفقات من العميل نفسه إذا امتنع عن الدفع طرف ثالث كان متعهدًا بالدفع.

34:1 سيقدم مهنيو الإدمان نفس مستوى المهارات المهنية والخدمية لكل عميل بغض النظر عن

الأجر الذي يتقاضاه منه، أو من طرف ثالث متعهد بالدفع، وبغض النظر عما إذا كان العميل يدفع كامل التكلفة أو جزءًا منها، أو قد تم اعفاؤه تمامًا من الدفع.

35:1 الاتفاق على الدفع: لن يقوم مهنيو الإدمان بتقاضي أي أموال من العميل إلا بعد تقديم الخدمات فعليًّا له، بغض النظر عن أي اتفاق شفهي أو مكتوب، قد تمَّ عقده مع المهني أو المؤسسة التي يعمل بها.

36:1 السجلات المالية: سيحتفظ مهنيو الإدمان بسجلات إكلينيكية ومالية دقيقة عن كل عميل.

37:1 تعليق الخدمة: سيقوم مهنيو الإدمان بتقديم إنذار مكتوب في مدة معقولة قبل تعليق تقديم الخدمات في حالة عدم دفع النفقات.

38:1 النفقات المتبقية بدون دفع: مهنيو الإدمان سيقومون بتقديم إنذار مكتوب، وفي مدة معقولة لعملائهم عن نيتهم في السعي لتحصيل النفقات المتبقية عليهم، حال عدم دفعها باستخدام مكاتب للتحصيل أو اللجوء للقانون. ولن يفصح مهنيو الإدمان عن أي معلومات إكلينيكية في هذا السياق.

39:1 المقايضة:15 يمكن لمهنيي الإدمان أن يُقايضوا مقابل خدماتهم المهنية لو:-

طلب العميل ذلك.

كانت العلاقة خالية من الاستغلال.

لم تكن العلاقة مُشوَّهة أو منحرفة.

كانت قوانين الدولة تسمح بالمقايضة.

كان هناك تعاقد مكتوب واضح على قيمة الأشياء التي سيتم المقايضة بها، وعدد الجلسات أو مدة الخدمات التي سيتم الدفع العيني في مقابلها. سيأخذ مقدمو الخدمة في الاعتبار العادات والتقاليد والثقافة التي تتم فيها عملية المقايضة، وسيناقشوا مع العميل أي تخوفات في هذا السياق. وسيتم كتابة الاتفاق في عقد واضح، وسيسعى مقدمو الخدمة لتلقي الإشراف أو التشاور16 عند القيام بهذا وسيوثقونه.

40:1 الهدايا: يدرك مهنيو الإدمان أن العملاء قد يودون التعبير عن تقديرهم وامتنانهم للخدمات المقدمة عن طريق تقديم الهدايا. مقدمو الخدمة سيفصحون بعناية عن طبيعة العلاقة العلاجية، والِقيمة المالية للهدية، ودوافع العميل في منح الهدية، ودوافع المشير في قبولها أو رفضها.

41:1 الالتماس أو الاستمالة: لن يستميل مهنيو الإدمان أو يلتمسوا (خدمات أو هدايا) من عملائهم خاصة، أولئك الذين يسهل التأثير عليهم، أو التلاعب بهم، أو إجبارهم على شيء بسبب الظروف التي يمُرُّون بها.

42:1 العلاقات على الإنترنت: يحظر على مهنيي الإدمان أن يتورطوا في أي علاقات غرامية على الإنترنت مع عملائهم.

أسئلة للتفاعل والحوار

في رأيك ما الأسباب التي ترى معها أن استمرار المقيم في مكان علاجي صار غير مفيد له؟ هل لمجرد بقائه مدة بعيدًا عن المخدرات فائدة كافية تسمح بإطالة مدة بقائه في المكان العلاجي؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

من خبرتك أنت الشخصية هل يتم أخذ موافقة العميل الواعية على كل البنود المذكورة هنا في المكان الذي تعمل أو تتطوع أو تتدرب فيه ؟

ما موقفك من زواج مشرف أو مشير من عميلة سابقة؟ هل تؤثر عوامل الدين والثقافة والعادات والتقاليد في بلادنا على الأخلاقيات المهنية في هذا الموضوع بصورة تجعل الحكم الأخلاقي المهني مختلف عن الغرب؟

المبدأ الثاني: السرية والتواصل المبني على الثقة

1:2 السرية: يدرك مهنيو الإدمان أن السرية والمجهولية أساسيان في علاج الإدمان، ويعتزون بواجبهم في حماية شخصية وخصوصية كل عميل باعتباره التزامًا أوليًّا. ويقوم المشيرون بتوصيل المعلومات عن أبعاد وحدود السرية بصورة حساسة ومع أخذ العادات والتقاليد والثقافة في الاعتبار.

2:2 التوثيق: سيقوم مهنيو الإدمان بالتوثيق في سجلات ملائمة والحفاظ على هذه السجلات وصيانتها. وسيتأكد مقدمو الخدمة من أن السجلات وكل صور التوثيق أيًّا كانت وسيلة الاحتفاظ بها (إما على اللاب توب، أو الفلاشة، أو درايف، أو كلاود، أو تابلت، أو كمبيوتر، أو على الورق إلخ)، حيث يتمُّ الاحتفاظ بها بصورة آمنة وفقًا للمعايير الوطنية، وأن الاطلاع عليها يقتصر على الأشخاص المخولين بهذا. وسيفصح مقدمو الخدمة للعملاء ضمن الموافقة المستنيرة عن كيفية تخزين هذه الوثائق (الورقية والإلكترونية)، وكيفية الاحتفاظ بها وصيانتها، وكيفية التخلص منها متى يحين الوقت المناسب لذلك. كما سيتم إيضاح الإطار الزمني لكل هذه الإجراءات.

3:2 اطلاع العميل على السجلات: سيخبر مهنيو الإدمان العميل بالإجراءات المتبعة لاطلاعه على السجلات وسيتم كتابة هذا في الموافقة المستنيرة. على أن يوفر مهنيو الإدمان فرصة اطلاع معقولة على السجلات الخاصة بالعميل عندما يطلب هذا. وسيحمي مقدمو الخدمة سرية الآخرين المُتضمَنَة في السجلات. سيحدد مقدمو الخدمة اطلاع العميل على السجلات إذا كان هناك ما يدل على أن هذا الاطلاع قد يؤدي إلى ضرر على العميل، مع تزويده بملخص عن هذه السجلات. الملخصات المقدمة عن علاج العميل ستتضمن تواريخ تقديم الخدمة، والتشخيصات، والخطة العلاجية، والتقدم في العلاج. وسيسعى مقدمو الخدمة للإشراف أو التشاور قبل تزويد العميل بالوثائق المتعلقة بعلاجه، وسيوثقون الأسباب وراء السماح باطلاع العميل على الوثائق أو منع هذا الاطلاع. كما سيقوم مقدمو الخدمة بمساعدة العميل على تفسير هذه السجلات وفهمها، ويتشاورون معه في هذا.

4:2 المشاركة: سيشجع مهنيو الإدمان الحوار المستمر مع العميل بخصوص كيف ومتى ستتم مشاركة المعلومات ومع مَنْ.

5:2 الإفصاح: لن يفصح مهنيو الإدمان عن أي معلومات سرية حول شخصية (أي مَنْ هو) العميل، أو أي معلومات قد تؤدي إلى احتمال الكشف عن شخصيته، بدون موافقة مكتوبة من

العميل. ولن يتم الانتهاء بالموافقة الشفهية في الحالات التي يلزم القانون أو الدولة بها، إلا في حالات الطوارئ.

6:2 الخصوصية: مهنيو الإدمان والمؤسسات التي يعملون بها سيعملون على ضمان سرية وخصوصية العملاء، كما أن مقدمي الخدمة والموظفين، وكل مَنْ يشرفون عليهم والطلبة، والعاملين في المكاتب، وكل العاملين والمتطوعين سيحمون خصوصية وسرية العملاء.

7:2 حدود الخصوصية والسرية: مهنيو الإدمان سيقومون أثناء الحصول على الموافقة المستنيرة بإيضاح الحدود القانونية والأخلاقية للسرية. كما ستتم مراجعة السرية وحدودها خلال العلاقة المشورية. وسيراجع المشيرون مع كل عميل كل الظروف التي قد تطلب فيها المعلومات السرية، والظروف التي يتطلب فيها القانون الإفصاح عن هذه المعلومات.

8:2 الخطر الداهم: يمكن لمهنيو الإدمان أن يفصحوا عن شخصية عميلهم أو المعلومات السرية الخاصة به، حال كون العميل يشكل خطرًا داهمًا وواضحًا على نفسه أو على الآخرين، وذلك للمختصين بالتعامل مع حالات الطوارئ هذه، والذين سيعملون بصورة مباشرةعلى الإقلال من الخطر أو التهديد. وسيسعى المشيرون للحصول على الإشراف أو التشاور عندما لا يكونون على يقين عند تطبيق هذا الاستثناء.

9:2 المحاكم: عندما تأمر المحكمة بإطلاق معلومات سرية عن العميل، سيسعى مقدمو الخدمة للحصول على موافقته المكتوبة والمستنيرة، وأَخْذ كل الخطوات الممكنة لوقف هذا الإفصاح، أو جعله في أضيق الحدود المتاحة بالنظر إلى أي ضرر ممكن أن يحدث للعميل أو للعلاقة المشورية.

2: 10 الضرورة فقط: لن يتيح مهنيو الإدمان إلا المعلومات الضرورية فقط عندما تُحتم الظروف الإفصاح عن أي معلومات سرية.

2: 11 العناية متعددة التخصُّصات: يجب على مهنيي الإدمان إبلاغ العميل عندما يكون مقدم الخدمة مشاركًا في فريق رعاية متعدد التخصُّصات يقدم خدمات منسقة للعميل. يجب إبلاغ العميل بأوراق اعتماد، وواجبات أعضاء الفريق ، والمعلومات التي يتم مشاركتها ، والغرض من مشاركة معلومات العميل.

12.2 مواقع الحوار مع العميل أو حول المعلومات الخاصة به: يجب على مهنيي الإدمان مناقشة معلومات العميل السرية فقط في المواقع التي يكونون متأكدين بصورة معقولة من حمايتها لخصوصية العميل.

13.2 دافعو التكاليف: يجب على مهنيي الإدمان الحصول على إذن العميل قبل الكشف عن أي معلومات للطرف الثالث من الدافعين (على سبيل المثال شركات التأمين والدافعين من القطاع الخاص).

14.2التشفير: يجب على مهنيي الإدمان استخدام التشفير والاحتياطات التي تضمن أن المعلومات التي يتم إرسالها إلكترونيا أو عبر أي وسيلة أخرى تظل سرية.

2: 15 المتوفون: سيحافظ مهنيو الإدمان على سرية وخصوصيات معلومات المتوفين من عملائهم، وسيحافظون على ما تُلزمهم به تكليفات العميل المُتوفَّى القانونية وتفضيلاته.

2: 16 كل الأطراف: مهنيو الإدمان الذين يقدمون مشورة أسرية أو زيجية سيقومون بتعريف كل الأطراف بأدوارهم، وبحدود السرية والخصوصية في تبادل المعلومات، وأن السرية من الأطراف الأخرى لا يمكن ضمانها.

2: 17 القُصَّر (العملاء من دون سن الرشد) والآخرون: سيحمي مهنيو الإدمان سرية وخصوصية المعلومات التي يتلقونها في أثناء تقديم المشورة للقصر، والبالغين فاقدي القدرة على تقديم موافقة مستنيرة، بغض النظر عن الواسطة التي يتم تقديم المشورة بها. وسيتم إبلاغ أولياء الأمر وغيرهم من الأوصياء بأدوار المشورة، وبحدود السرية والخصوصية.

2: 18 التخزين والتخلص من الوثائق والسجلات: سيحافظ مهنيو الإدمان على سرية سجلات العملاء أيًّا كانت وسيلة تخزين المعلومات، وسيطبقون القواعد القانونية في تخزين السجلات والتخلص منها.

2: 19 التسجيل بالفيديو: يجب على مهنيي الإدمان الحصول على موافقة مستنيرة وأُذونات مكتوبة قبل التصوير بالفيديو، أو التسجيل الصوتي، أو السماح بمراقبة طرف ثالث، وهذا فيما يخص أي تفاعل مع العميل، أو جلسة علاج جماعي. يجب أن يكون العملاء على اطلاع كامل فيما يتعلق بالتسجيل مثل الغرض من التسجيل ، مَنْ سيتمكن من الوصول إلى التسجيلات، وتخزينها، وكيفية التخلص منها. يجب أن تقتصر الاستثناءات من القيود المفروضة على ملاحظات الطرف الثالث على الطلاب في المواضع الميدانية، أو التدريب الداخلي، أو التدريبات العملية، أو المتدربين من الوكالات.

2: 20 تسجيل العلاج الإلكتروني: يجب على مهنيي الإدمان الحصول على موافقة مستنيرة، وإصدار كتابي للمعلومات قبل تسجيل جلسة العلاج الإلكتروني. يجب على مقدم الخدمة السعي للحصول على إشراف أو تشاور وتوثيق التوصيات. يجب على مقدمي الخدمات أن يفصحوا للعميل و بموافقة مستنيرة كيفية تخزين السجلات الإلكترونية وصيانتها والتخلص منها والإطار الزمني لذلك.

2: 21 ختم اللوائح الفيدرالية: يجب على مهنيي الإدمان التأكد من أن جميع المعلومات المكتوبة التي تم الإفصاح عنها للآخرين مصحوبة بختم يحدد اللوائح الفيدرالية التي تحكم هذا الكشف ، ويجب عليهم إخطار العملاء عند الكشف ، ولمَنْ تم الكشف ، ولأي أغراض قد تمَّ هذا الكشف.

2: 22 سجلات النقل: ما لم تكن هناك استثناءات للسرية ، يجب على مهنيي الإدمان الحصول على إذن كتابي من العملاء للكشف عن السجلات أو نقلها إلى أطراف ثالثة شرعية. يتم اتخاذ خطوات للتأكد من أن متلقي سجلات التشاور مدركون لطبيعتها السرية. يجب على مهنيي الإدمان التأكد من أن جميع المعلومات الصادرة تفي بالمتطلبات القانونية لهذه المشاركة. يجب تمييز جميع المعلومات التي يتم الإفراج عنها بشكل مناسب على أنها سرية.

2: 23 الإذن الكتابي: لا يجوز لمهنيي الإدمان الذين يتلقون معلومات سرية عن أي عميل (سابق أو حالي أو محتمل) الكشف عن هذه المعلومات دون الحصول على إذن كتابي من العميل (سابق أو حالي أو محتمل) يسمح بمثل هذا الإفراج أو الاذن بالنشر.

2: 24 رعاية متعددة التخصُّصات: لا يجوز لمهنيي الإدمان ، الذين يشكلون جزءًا من فرق

الرعاية المتكاملة، الإفصاح عن معلومات العميل السرية لأعضاء فريق الرعاية الخارجية دون الحصول على إذن كتابي من العميل يسمح بهذا الإفصاح.

2: 25 الأمراض: يلتزم مهنيو الإدمان بالقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية ذات الصلة فيما يتعلق بالكشف عن حالة المرض المعدية والتي تهدد حياة العميل.

2: 26 التخزين والتخلص: يجب على مهنيي الإدمان تخزين سجلات العملاء وحمايتها، والتخلص منها وفقًا لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، والمعايير المهنية المقبولة وبطرق تحمي سرية العملاء.

2: 27 المساعدة المؤقتة: يجب على مهنيي الإدمان، عند خدمة عملاء زميل آخر أثناء غياب مؤقت، أو حالة طارئة ، أن يخدموا هؤلاء العملاء بنفس الاعتبارات والسرية التي يوفرها لعملائه

2: 28 الإنهاء: يجب على مهنيي الإدمان اتخاذ الاحتياطات المعقولة لحماية سرية العميل في حالة إنهاء المشير لممارسة المهنة ، أو في حالة عدم قدرته على المواصلة أو الوفاة. يجب على مقدمي الخدمات تعيين أمين سجلات مناسب ، في وصيتهم أو أي مستند آخر.

2: 29 التشاور: يجب على مهنيي الإدمان أن يمتنعوا عن مشاركة المعلومات المتعلقة بالعميل إلا مع المشيرين لأغراض مهنية. المعلومات المتعلقة بالتشاور هي فقط ما يمكن الكشف عنها. يجب على مقدمي الخدمة حماية هوية العميل ومنع انتهاكات خصوصياته. لا يجوز لمهنيي الإدمان ، عند التشاور مع الزملاء أو مصادر التحويل ، مشاركة المعلومات السرية التي تم الحصول عليها في العلاقات المشورية، أو حالات العيادة الخاصة، والتي قد تؤدي إلى تحديد هوية العميل ، ما لم يكن مقدم الخدمة قد حصل على موافقة كتابية مسبقة من العميل. يجب مشاركة المعلومات فقط في البيئات العلاجية المناسبة، وبالقدر الضروري فقط لتحقيق أغراض التشاور.

أسئلة للتفاعل والحوار

ما انطباعاتك عن حجم الكتابة والتوثيق المذكور في هذه المدونة؟ هل نحتاج في بلادنا إلى كل هذا التوثيق؟ هل نحتاج أن نُطوِّر من حجم ونوعية الكتابة في ممارستنا في بلادنا؟ اشرح موضحًا وجهة نظرك.

اذكر موقفًا من خبراتك الشخصية استفاد فيه عميل تعرفه من التشاور، وموقفاً آخر استفاد فيه من التحويل.

لماذا يحجم بعض مقدمي الخدمات عن التشاور والتحويل؟ (اذكر 3 أسباب)

المبدأ الثالث: المسؤوليات المهنية ومعايير مكان العمل

1:3 قواعد السلوك المهني: يجب أن يلتزم مهنيو الإدمان بالمسؤولية بقواعد السلوك المهني للجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي. يتحمل مهنيو الإدمان مسؤولية قراءة وفهم واتباع مدونة أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي، والالتزام بالقوانين واللوائح المعمول بها.

3:2 النزاهة: يجب أن يتصرف مهنيو الإدمان بنزاهة. يطمح مقدمو الخدمات إلى الحفاظ على

النزاهة في علاقاتهم وأنشطتهم المهنية والشخصية. بغض النظر عن الوسيلة ، ويجب على مقدمي الخدمات التواصل مع العملاء والأقران والجمهور بأمانة ودقة وبشكل مناسب.

3:3 عدم التمييز: لا يجوز لمهني الإدمان التمييز بأي صورة. لا التمييز ضد العملاء المحتملين، أو الحاليين، أو أسرهم، أو الطلاب، أو الموظفين، أو المتطوعين، أو المشرفين، أو المشاركين في البحث على أساس العرق، أو السن، أو الإعاقة، أو الدين، أو القيم الروحية، أو الجنس، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي، أو الحالة االاجتماعية، أو الشراكة، أو تفضيل اللغة، أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية، أو حالة الهجرة، أو الخدمة الفعلية، أو الحالة العسكرية، أو أي أساس آخر.

4:3 عدم التمييز: يجب على مهنيي الإدمان تقديم خدمات غير تمييزية، ولا تُحاكم أخلاق أو قيمة الشخصيات الذين يتعاملون معهم. لا يجوز لمقدمي الخدمات استغلال الآخرين من خلال علاقاتهم المهنية. يجب على مقدمي الخدمات الحفاظ على الحدود المهنية والشخصية المناسبة.

5:3 الاحتيال: لا يجوز لمهنيي الإدمان المشاركة في أي شكل من أشكال عدم الأمانة، أو الاحتيال، أو الخداع، أو التغاضي عن هذه الممارسات، أو الاحتفاظ بأي صلة بها.

5:3 الانتهاك: يحظر على مهنيي الإدمان الانخراط في أي نشاط إجرامي.كما يجب أن يلتزم مهنيو الإدمان ومقدمو الخدمة بالقانون، ويخضعون للعقوبات المناسبة إذا خالفوه، بما يصل إلى أو يشمل الإلغاء الدائم لعضويتهم في الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي وشهادة التصريح الوطني لمهني الإدمان والتعاطي NCAAP ، إذا كانوا:

لم يفصحوا عن إدانتهم السابقة بأي جناية.

عدم الإفصاح عن إدانتهم بأي جنحة تتعلق بمؤهلاتهم أو وظائفهم كمهنيين في مجال الإدمان.

الانخراط في سلوك يمكن أن يؤدي إلى الإدانة بجناية أو جنحة تتعلق بمؤهلاتهم أو وظائفهم كمهنيين في مجال الإدمان.

تم طردهم أو تأديبهم من قِبَل المنظمات المهنية الأخرى.

قد تم تعليق أو إلغاء تراخيصهم أو شهاداتهم ، أو خضوعهم للتأديب من قِبَل الهيئات الرقابية.

الاستمرار في ممارسة المشورة للمدمنين أثناء إعاقة القيام بذلك لأسباب جسدية، أو نفسية، أو عقلية.

الاستمرار في ممارسة المشورة بشأن الإدمان أثناء تعاطي الكحول أو المخدرات الأخرى.

الاستمرار في تعريف أنفسهم كمهنيين معتمدين أو مرخصين في مجال الإدمان بعد رفض منحهم الشهادة أو الترخيص ، أو بعد انتهاء شهادتهم أو ترخيصهم.

عدم التعاون مع الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي أو لجنة الأخلاقيات التي تمنح شهادة التصريح الوطني لمهني الإدمان والتعاطي NCAAP في أي وقت خلال التحقيقات من بداية الشكوى وخلال استكمال كافة الإجراءات المتعلقة بالشكوى.

7:3 التحرش: لا يجوز لمهنيي الإدمان المشاركة أو التغاضي عن أي شكل من أشكال التحرش ، بما في ذلك التحرش الجنسي.

8:3 العضوية: يميز مهنيو الإدمان بين العضويات الحالية والفعَّالة والعضويات السابقة، أو غير النشطة مع الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي والجمعيات المهنية الأخرى.

9:3 أوراق الاعتماد: يجب على مهنيي الإدمان المطالبة بالشهادات التعليمية والشهادات المتخصصة فقط التي حصلوا عليها من المؤسسات أو المنظمات ذات الصلة. لا يجوز لمقدمي الخدمة أن يشيروا إلى الكفاءة على مستوى الماجستير حتى يتم منحهم درجة الماجستير. لا يجوز لمقدمي الخدمة الإشارة إلى الكفاءة على مستوى الدكتوراه حتى يتم منحهم لقب أو درجة الدكتوراه. كل اعتمادات مؤسسة معينة للتعليم العالي أو درجة علمية يجب أن تمثل بدقة.

10:3 أوراق اعتماد: يجب على مهنيي الإدمان السعي نحو التراخيص والشهادات المعاصرة وذات السمعة الجيدة فقط.

11:3 دقة التمثيل: يجب على مهنيي الإدمان التأكد من تحديد أوراق اعتمادهم وانتماءاتهم بدقة. كما يجب على مقدمي الخدمات تصحيح جميع معلومات بيانات اعتمادهم وانتماءاتهم ذا كانت خاطئة أو مضللة. و يجب أن يراعوا الدقة في التصريحات التي يُدلوا بها هم بأنفسهم، أو عن طريق غيرهم حول مهنة الإدمان.

12:3 التضليل: لا يجوز لمهنيي الإدمان تحريف المؤهلات المهنية، أو التعليم، أو الخبرة، أو العضوية، أو الانتماءات. يجب على مقدمي الخدمة قبول التوظيف على أساس الكفاءات الموجودة، أو النية الصريحة لاكتساب الكفاءة اللازمة.

13:3 نطاق الممارسة: يجب أن يقدم مهنيو الإدمان خدمات في نطاق ممارستهم وكفاءتهم ، ويجب أن يقدموا خدمات قائمة على العلم ، والأدلة العلمية ومبرهنة بالنتائج. ويجب عليهم المشاركة في ممارسات التشاور التي ترتكز على منهجيات بحث صارمة. كما يجب عليهم الحفاظ على المعرفة الكافية والالتزام بالمعايير المهنية.

3: 14 حدود الكفاءة: يجب أن يعمل مهنيو الإدمان ضمن حدود اختصاصهم. كما يجب تنمية كفاءتهم من خلال التعليم، والتدريب، والمهارات والخبرة، ووثائق الاعتماد، والشهادات المهنية الحكومية والوطنية ، وكل أنواع الخبرات المهنية ذات الصلة.

3: 15الكفاءة: يجب على مهنيي الإدمان السعي إلى أن يكونوا أَكْفَاء فيما يعملون، والسعي المستمر لتطوير هذه الكفاءة من خلال التعليم، والتدريب، والمهارات ذات الصلة، والخبرة الخاضعة للإشراف قبل تقديم الخدمات المتخصِّصة بشكل مستقل. وعند تطوير المهارات في مجالات تخصص جديد على مقدمي الخدمة أن ينخرطوا في عمل تجريبي خاضع للإشراف، ويسعون إلى طلب التشاور لضمان صحة وسلامة عملهم وحماية العملاء من الأذى.

3: 16 التحصيل العلمي: يدرك مهنيو الإدمان ضرورة الوصول لأعلى مستويات الإنجاز التعليمي الممكنة لتوفير مستوى الخدمة الذي يستحقه العملاء. ويتبنى مقدمو الخدمة الحاجة المستمرة إلى التعليم الرسمي والمتخصِّص كعنصر حيوي في التطوير المهني والكفاءة والنزاهة. يتابع مقدمو

الخدمات معرفة التطورات الجديدة فيما يخص الإدمان، والصحة السلوكية، ويزيدون الكفاءة من خلال التعليم الرسمي، والتدريب، والخبرة الخاضعة للإشراف.

3: 17 التعليم المستمر: يجب على مهنيي الإدمان متابعة التعليم المستمر، وفرص التطوير المهني، والمشاركة فيها من أجل الحفاظ على المعرفة، وتعزيزها بالتطورات العلمية القائمة على الابحاث في المهنة. يجب أن يتعلموا الإجراءات الجديدة ذات الصلة، و يستخدموها مع العملاء الذين يعملون معهم. يجب أن يبقى مقدمو الخدمات على اطلاع بأفضل الممارسات للعمل مع المجموعات المتنوعة من العملاء.

3: 18 المراقبة الذاتية: يقوم أخصائيو الإدمان بالمراقبة الذاتية باستمرار من أجل الوفاء بالتزاماتهم المهنية. يجب على مقدمي الرعاية المشاركة في أنشطة العناية بأنفسهم التي تقوي وتحافظ على سلامتهم الجسدية، والنفسية، والعاطفية، والروحية.

3: 19 العلمية: يجب على مهنيي الإدمان استخدام التقنيات، والإجراءات، والطرق ذات الأساس العلمي والقائم على التجريب المنضبط والمثبت علميًا. ويجب عليهم استخدام التقنيات، والإجراءات التي تستند إلى النظريات، والقائمة على الأدلة والمدفوعة بالنتائج، أو الممارسات الواعدة المدعومة بالابحاث. لا يجوز لمقدمي الخدمات استخدام التقنيات، أو الإجراءات، أو الأساليب التي تشير الأدلة العلمية القوية إلى ضررها، حتى عندما يتم طلب هذه الخدمات.

3: 20 الابتكار: يجب على مهنيي الإدمان مناقشة وتوثيق المخاطر المحتملة، والفوائد، والتخوفات الأخلاقية قبل استخدام تقنيات، أو إجراءات، أو طرق تحت التطوير، و/ أو مبتكرة مع العميل. يجب عليهم تقليل وتوثيق أي مخاطر أو ضرر محتمل عند استخدام تقنيات، أو إجراءات، أو طرق تحت التطوير، و / أو مبتكرة. يجب على مقدمي الخدمة السعي وتوثيق الإشراف و/ أو التشاور قبل تقديم خيارات العلاج والمخاطر للعميل.

3: 21 الكفاءة متعددة الثقافات: يجب على أخصائيي الإدمان تطوير الكفاءة المشورية متعددة الثقافات من خلال اكتساب المعرفة الخاصة بالتعددية الثقافية ، وزيادة الوعي بالهويات الثقافية للعملاء ، وتطوير التواضع الثقافي ، وإظهار التقبل للاختلاف، وزيادة المهارات ذات الصلة بالحس المرهف تجاه الثقافات المختلفة.

3: 22 رعاية متعددة التخصصات: يجب أن يعمل مهنيو الإدمان على تثقيف المهنيين الطبيين حول اضطرابات تعاطي المخدرات. والحاجة إلى العلاج الأولي لهذه الاضطرابات ، والحاجة إلى الحد من استخدام المواد الكيميائية التي تغير الحالة المزاجية للأشخاص الذين يتماثلون للشفاء.

3: 23 المهنيون الطبيون: يجب على مهنيي الإدمان أن يدركوا الحاجة إلى استخدام المواد الكيميائية التي تغير الحالة المزاجية في حالات طبية محدودة ، ويعملون على تثقيف المهنيين الطبيين للحد من الاستخدام غير الضروري لهذه المواد الكيميائية، ومراقبتها، والإشراف عليها عن كَثَب، عندما يكون استخدامها ضروريًا.

3: 24 الرعاية التعاونية: يجب أن يتعاون أخصائيو الإدمان مع مهنيي الرعاية الصحية الآخرين في توفير بيئة داعمة لأي عميل يتلقى الأدوية الموصوفة طبيًا.

3: 25 رعاية متعددة التخصصات: تركز فرق الرعاية التعاونية متعددة التخصصات على زيادة قدرة العميل على الأداء الوظيفي في كل المجالات وعافيته ورفاهه. يجب على مهنيي الإدمان الذين هم أعضاء في فرق رعاية متعددة التخصصات العمل مع أعضاء الفريق؛ لتوضيح الالتزامات المهنية والأخلاقية للفريق ككل وكأفراد. إذا ظهرت تخوفات أخلاقية نتيجة لقرار الفريق، يجب على مقدمي الخدمات محاولة حل المشكلة داخل الفريق أولًا. إذا تعذر الوصول إلى حل داخل الفريق، يجب عليهم متابعة وتوثيق الإشراف، و/ أو التشاور لمعالجة تخوفاتهم بما يتفق مع رفاه العميل.

3: 26 الزمالة: يدرك مهنيو الإدمان الحاجة إلى الزمالة والتعاون مع كل مهن المساعدة. يجب أن يتصرف مقدمو الخدمة بحسن نية تجاه الزملاء وغيرهم من المهنيين، ويتعاملون مع الزملاء وغيرهم من المهنيين باحترام ولطف وصدق وإنصاف.

3: 27 الرعاية التعاونية: يجب على مهنيي الإدمان تطوير علاقات محترمة وتعاونية مع غيرهم من المهنيين الذين يعملون مع عميل معين. لا يجوز لمقدمي الخدمات تقديم خدمات احترافية للعميل الذي يتلقى المشورة مع مهني آخر، إلا بمعرفة وموافقة موثَّقة من المهنيين الآخرين، أو بعد إنهاء الخدمات مع المهنيين الآخرين.

3: 28مؤهل: يجب أن يعمل المهنيون في مجال الإدمان على منع ممارسة التشاور المتعلقة بالإدمان من قِبَل أشخاص غير مؤهلين وغير مُصرَّح لهم، ويجب ألا يوظفوا الأفراد الذين ليس لديهم التعليم والتدريب والترخيص، و/أو الشهادات المناسبة والمطلوبة في مجال الإدمان.

3: 29 المناصرة: يجب أن يكون مقدمو الخدمة مدافعين عن عملائهم في المواضع والأماكن التي يكون فيها العميل غير قادر على المدافعة بنفسه.

3: 30 المناصرة: يدرك أخصائيو الإدمان تحيز المجتمع ووصمة العار تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى، ويشاركون عن طيب خاطر في العملية التشريعية، والمؤسسات التعليمية، والمنتديات العامة؛ لتثقيف الأشخاص حول اضطرابات الإدمان والدعوة إلى الفرص والخيارات لعملائنا.

3: 31 المناصرة: يجب على مهنيي الإدمان أن يدافعوا من أجل حدوث تغييرات في السياسة العامة والتشريعات؛ لتحسين الفرص والخيارات لجميع الأشخاص الذين تضررت حياتهم بسبب اضطرابات استخدام المواد، والسلوكيات الإدمانية الأخرى.

3: 32 المناصرة: يجب على مهنيي الإدمان إبلاغ الجمهور بتأثير اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى من خلال المشاركة النَّشِطة في الشؤون المدنية والمنظمات المجتمعية. يجب أن يعمل مقدمو الخدمات على ضمان حصول جميع الأشخاص ، وخاصة المحرومين ، على الفرص والموارد والخدمات المطلوبة لعلاج اضطراباتهم وإدارتها. يجب على مقدمي الخدمات أثناء تثقيف الجمهور حول اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى العمل على تبديد الخرافات السلبية، والصور النمطية، والمفاهيم الخاطئة حول اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى، والأشخاص الذين يعانون منها.

3: 33 المعرفة الحالية: يجب على مهنيي الإدمان احترام حدود المعرفة الحالية في البيانات العامة

المتاحة والمتعلقة بعلاج الإدمان، ويجب عليهم نقل هذه المعرفة بدقة ودون تشويه، أو تحريف للجمهور، وللمهنيين، والمؤسسات الأخرى.

3: 34 التنظيمية مقابل الخاصة: يجب على مهنيي الإدمان أن يُميِّزوا بوضوح بين البيانات التي يدلون بها، والإجراءات التي يتخذونها كأفراد بصفتهم الشخصية، والبيانات التي يدلون بها، والإجراءات التي يتخذونها كممثلين لمؤسسة أو مجموعة أو منظمة، أو كممثلين عن مهنة الإدمان.

3: 35 التعليقات العامة بخصوص الجمعية الوطنية لمشيري التعاطي والإدمان: لا يجوز لمهنيي الإدمان الإدلاء بأي تعليقات عامة تحطُّ من قدر الجمعية الوطنية لمشيري التعاطي والإدمان أو مهنة الإدمان. يجب أن يشمل مصطلح «التعليقات العامة» ، على سبيل المثال لا الحصر ، أي وجميع أشكال الاتصالات الشفوية، والمكتوبة، والإلكترونية التي قد تكون في متناول أي شخص سواء كان عضوًا أو ليس عضوًا في الجمعية الوطنية لمشيري التعاطي والإدمان.

3: 36 التعليقات العامة حول اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى SUDs

لا يجوز لمهنيي الإدمان الإدلاء بأي تعليقات عامة تحطُّ من قدر الأشخاص الذين يعانون من حول اضطرابات استخدام المواد والسلوكيات الإدمانية الأخرى. يجب أن يشمل مصطلح «التعليقات العامة» ، على سبيل المثال لا الحصر ، جميع أشكال الاتصالات الشفوية والمكتوبة والإلكترونية التي قد تكون في متناول أي شخص ليس عضوًا في الجمعية الوطنية لمشيري التعاطي والإدمان.

3: 37 التعليقات العامة بخصوص العملية التشريعية: لا يجوز لمهنيي الإدمان الإدلاء بأي تعليقات عامة تحطُّ من قدر العملية التشريعية، أو أي شخص مشارك في العملية التشريعية. يجب أن يشمل مصطلح «التعليقات العامة» ، على سبيل المثال لا الحصر ، جميع أشكال الاتصالات الشفوية، والمكتوبة، والإلكترونية التي قد تكون في متناول أي شخص ليس عضوًا في الجمعية الوطنية لمشيري التعاطي والإدمان.

3: 38 التطوير: يشارك مهنيو الإدمان بنشاط في الجمعيات المحلية، والولائية، والوطنية التي تعزز التطوير المهني.

3: 39 السياسة: يجب على مهنيي الإدمان دعم صياغة، وتطوير، وسن، وتنفيذ السياسة العامة، والتشريعات المتعلقة بمهنة الإدمان وعملائنا.

3: 40 التكافؤ: يجب أن يعمل مهنيو الإدمان من أجل التكافؤ في التغطية التأمينية لاضطرابات تعاطي المخدرات كاضطرابات طبية أوَّليَّة.

3: 41 الاختلال: يجب على مهنيي الإدمان أن يدركوا تأثير الضعف على الأداء المهني، وأن يسعوا للحصول على المساعدة المهنية المناسبة لأي مشاكل شخصية، أو نزاعات قد تُضعف أداء العمل، أو القرارات الإكلينيكية. يجب على مقدمي الخدمات مراقبة أنفسهم باستمرار بحثًا عن أي علامات ضعف جسديًّا ونفسيًّا واجتماعيًّا وعاطفيًا. يجب على مقدمي الخدمات، بتوجيه من الإشراف أو التشاور، السعي للحصول على المساعدة المناسبة في حالة إعاقتهم المهنية. يجب على مقدمي الخدمات الالتزام بالتوجيهات القانونية الخاصة بالإعاقة المهنية عند تعاملهم مع ضعفهم الشخصي.

3: 42 الاختلال: يجب على مهنيي الإدمان تقديم المساعدة والتشاور، وتقديمها حسب الحاجة للأقران وزملاء العمل، والمشرفين الذين يُظْهِرون ضعفًا مهنيًّا، وعليهم أن يتدخلوا لمنع الإضرار بالعملاء. يجب على مقدمي الخدمات الالتزام بالتوجيهات القانونية الخاصة بالإعاقة المهنية عند تعاملهم مع ضعف زملاء العمل والمشرفين.

3: 43 التحويلات: لا يجوز لمهنيي الإدمان تحويل العملاء لرعاية مهنيين آخريين، أو تعيين زملاء أو مشرفين من أماكن عملهم أو انتمائهم المهني إلى ممارستهم الخاصة دون إذن مُوثَّق مسبقًا من العميل. يجب على مقدمي الخدمة تقديم خيارات تحويل متعددة للعملاء عندما تكون التحويلات ضرورية. سيسعى مقدمو الخدمات إلى الإشراف أو التشاور لمعالجة أي تضارب محتمل أو حقيقي في المصالح.

3: 44 الإنهاء: يجب على مهنيي الإدمان وضع خطة مكتوبة، أو سياسة، أو وصية مهنية؛ لمعالجة المواقف التي تنطوي على عجز مقدم الخدمة، أو إنهاء الممارسة، أو التقاعد، أو الوفاة.

3: 45 التمثيل: يجب أن يمثّل مهنيو الإدمان والمنظمات التي تقدم التعليم، والدورات التدريبية، والندوات وورش العمل بدقة وصدق درجة مقدم الخدمة التعليمية المعتمدة من الجمعية الوطنية. ويجب على مقدمي الخدمات والمنظمات تلبية جميع المتطلبات التي وضعتها الجمعية الوطنية، إذا كانوا يعتزمون الترويج باستخدام الدرجة التعليمية لمقدم الخدمة.

3: 46 الترويج: يجب على مهنيي الإدمان التأكد من أن العروض الترويجية، والإعلانات المتعلقة بورش العمل، والدورات التدريبية، والندوات، والمنتجات التي طوَّروها لاستخدامها في تقديم الخدمات دقيقة وتوفر معلومات كافية ووفيرة؛ حتى يتمكن المستهلكون من اتخاذ خيارات مستنيرة. لا يجوز لمهنيي الإدمان استخدام خدماتهم المشورية، أو التدريسية، أو التدريبية، أو العلاقات الإشرافية للترويج بشكل مخادع أو غير لائق لخدماتهم، أو منتجاتهم، أو أحداثهم التدريبية.

3: 47 الشهادات الحياتية17: يجب أن يدرس مهنيو الإدمان موقف عملائهم بتأنٍ وكثب، عندما يطلبون شهادات من العملاء السابقين أو أي أشخاص آخرين. يجب أن يناقش مقدمو الخدمة مع العملاء الآثار والتخوفات المحتملة، فيما يتعلق بالشهادات قبل الحصول على إذن كتابي لاستخدام شهادات محددة. يجب على مقدمي الخدمات طلب التشاور، أو الإشراف قبل السعي للحصول على شهادة.

3: 48 التقارير: يجب على مهنيي الإدمان الحرص على الإبلاغ بدقة وصدق وموضوعية عن الأنشطة المهنية والأحكام إلى الأطراف الثالثة متى كان هذا لائقًا (مثل المحاكم والمراقبة/الإفراج المشروط، ومؤسسات ومقدمي التأمين الصحي، ومتلقي تقارير التقييم، ومصادر التحويل، والمنظمات المهنية، والمؤسسات التنظيمية، والمجالس ولجان الأخلاقيات، وما إلى ذلك).

3: 49 النصيحة: يجب على مهنيي الإدمان اتخاذ الاحتياطات المعقولة، عند تقديم المشورة، أو التعليقات (باستخدام أي منصة بما في ذلك العروض التقديمية، والمحاضرات، والعروض التوضيحية، والمقالات المطبوعة، والمواد المرسلة بالبريد، والبرامج التلفزيونية أو الإذاعية، وتسجيلات الفيديو أو الصوت، والتطبيقات القائمة على التكنولوجيا أو غيرها من الوسائط) للتأكد من أن ما يقدمونه من معلومات تستند إلى الأدبيات العلمية، والممارسات الأكاديمية والبحثية،

والقائمة على الأدلة والنتائج. كما يجب أن تكون المشورة أو التعليقات متسقة مع مدونة أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي.

3: 50 العلاقة المزدوجة: عندما يُطلب من مهنيي الإدمان بموجب القانون، أو السياسة المؤسسية، أو الظروف الاستثنائية العمل في أكثر من دور واحد في الإجراءات القضائية أو الإدارية ، فيجب عليهم توضيح توقعات الدور، ومعايير السرية مع زملائهم.

3: 51 الممارسات غير القانونية: عندما يصبح مهنيو الإدمان على دراية بسياسات، أو إجراءات، أوممارسات غير لائقة، أوغير قانونية، أوتمييزية، أو غير أخلاقية في مؤسساتهم، أو ممارساتهم ، فيجب عليهم تنبيه أصحاب العمل. عندما يكون هناك احتمال لضرر للعملاء أو قيود على فعالية الخدمات المقدمة، يجب على مقدمي الخدمات السعي للحصول على الإشراف و/أو التشاور لتحديد الخطوات التالية المناسبة والإجراءات الإضافية. لكن لا يجوز لمقدمي الخدمة والمشرفين مضايقة، أو إنهاء خدمة أي موظف، أو زميل عمل تصرف بطريقة مسؤولة وأخلاقية لفضح سياسات وإجراءات و/ أو ممارسات صاحب العمل غير اللائقة.

3: 52 الإشراف: يجب على مهنيي الإدمان، الذين يعملون في دور المشرف أو المشير ، اتخاذ خطوات معقولة للتأكد من أن لديهم الموارد والكفاءات المناسبة عند تقديم الخدمات الإشرافية أو المشورية. يجب على المشرفين أو المشيرين تقديم التحويلات المناسبة إلى الموارد عند الطلب أو الحاجة.

3: 53 الإشراف: يجب أن يلتزم مهنيو الإدمان الذين يقدمون خدمات إشرافية أو مشورية بمراجعة حقوق ومسؤوليات كل من المشرف/ المشير، والمشرف/ الذي تلقى الإشراف المشوري كتابةً وشفهيًّا. يجب على مقدمي الخدمات إبلاغ جميع الأطراف المعنية بالغرض من الخدمات التي سيتم تقديمها، والتكاليف والمخاطر والفوائد وحدود السرية.

3: 54 نسبة الفضل لأصحابه: يجب على مهنيي الإدمان أن ينسبوا الفضل لأصحابه من مؤلفي أو مبتكري المواد التي يستخدمونها في سياق عملهم. لا يجوز للمقدمين سرقة عمل شخص آخر أو نسبة الفضل لأنفسهم فيما لم يقوموا بعمله.

أسئلة للتفاعل والحوار

عندما يسأل الأهل دافعو تكاليف الخدمة التي تقدمها للعميل، عن سير العميل وتفاصيل تقدمه. كيف تجاوب؟ ما حدود السرية؟ ماذا تقول لهم لتحتفظ بسرية وخصوصية العميل وولائك له؟

ما أشكال التضليل التي تمارس في المجال من جهة المؤهلات العلمية للمشيرين؟ كيف يؤثر هذا على مصداقية المهنة؟

ما أهم قضايا المدافعة والمناصرة لتغييرالقوانين واللوائح والسياسات في بلادنا؛ لتحقيق خدمة أفضل لمَنْ نخدمهم؟ ما المجهودات التي يمكنك أو يمكن للمؤسسة التي تعمل بها أن تقوم بها في هذا المجال؟

المبدأ الرابع: العمل في عالم متنوع الثقافات

4: 1 المعرفة: يجب أن يكون أخصائيو الإدمان على دراية ووعي بالاختلافات الثقافية، والفردية، والمجتمعية، والأدوار بينهم وبين العملاء الذين يخدمونهم. ويجب على مقدمي الخدمات تقديم الخدمات التي تُظْهِر الاحترام المناسب للحقوق الأساسية والكرامة والقيمة لجميع العملاء.

4: 2 التواضع الثقافي: يتم تقديم خدمات الإدمان على طول سلسلة الرعاية في بيئات متنوعة لعملاء متنوعين. يجب على مهنيي الإدمان إظهار التواضع الثقافي. يجب على مقدمي الخدمات الحفاظ على موقف شخصي يكون موجَّهًا نحو الآخر، ويقبل الهويات الثقافية للشخص الآخر (العميل، الزميل، الأقران، الموظف، صاحب العمل، المتطوع، المشرف، المشرف عليهم، وغيرهم).

4: 3 المعاني: يجب أن يتعرف مهنيو الإدمان على المعاني الثقافية المتنوعة المرتبطة بالسرية والخصوصية، وأن يكونوا حساسين لها. وفي هذا السياق يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا منفتحين، ويحترمون الآراء المختلفة فيما يتعلق بالإفصاح عن المعلومات.

4: 4 المعتقدات الشخصية: يجب على مهنيي الإدمان تطوير فهمهم لقِيمهم، ومعتقداتهم الشخصية، والمهنية والثقافية، ووعيهم بها، وبكيفية تأثيرها على عملهم. ويجب على مقدمي الخدمات التعرف خصوصًا على قِيمهم الشخصية والمهنية التي قد تتوافق مع قيم واحتياجات العميل، أو قد تتعارض معها. ولا يجوز للمقدمين استخدام اختلاف الثقافة أو القيم، كمبرر للتمييز ضد العميل. وسيسعى مقدمو الخدمة للتشاور، أو الإشراف المشوري للتعامل مع مساحات الاختلاف في الثقافات، والعادات، والتقاليد، والتقليل من التحيز، أو الأحكام، أو العدوانية في تفاصيل التعامل مع العميل، التي قد تنشأ عن هذا الاختلاف.

4: 5 التراث: يجب على مهنيي الإدمان ممارسة التواضع الثقافي، ويجب أن يقبلوا القِيم، والمعايير، والتراث الثقافي لعملائهم. ولا يجوز لمقدمي الخدمات للمدمنين فرض قِيمهم و/ أو معتقداتهم على العميل.

4: 6 المصداقية: يجب على مهنيي الإدمان أن يمارسوا التواضع الثقافي، وأن يكونوا متمكنين وجديرين بالثقة. ويجب عليهم استخدام إطار التواضع الثقافي لمراعاة تنوع القِيم، والأساليب التفاعلية، والتوقعات الثقافية.

4: 7 الأدوار: يجب على مهنيي الإدمان احترام أدوار أفراد الأسرة، والدعم الاجتماعي، والهياكل المجتمعية، والتسلسلات الهرمية، والقيم والمعتقدات الراسخة في ثقافة العميل. وعليهم مراعاة تأثير العوامل الاجتماعية، والبيئية، والسياسية السلبية في تقييم تخوفات العملاء وتصميم التدخلات.

4: 8 المنهجيات: يجب على مهنيي الإدمان استخدام المنهجيات، والمهارات، والممارسات التي تستند إلى الأدلة، والمدعومة بالنتائج مع عملائهم، دون غيرها من المنهجيات والمهارات. كما يجب أن يحصل مقدمو الخدمات للمدمنين على فرص التطوير المهني المستمرة؛ لتطوير المعرفة المتخصِّصة، ولفهم المجموعات التي يخدمونها. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين الحصول على المعرفة والتدريب اللازمين للحفاظ على التواضع والحساسية عند التعامل مع العملاء من خلفيات متنوعة.

4: 9 المدافعة عن الاحتياجات: يجب على مهنيي الإدمان المدافعة عن احتياجات المجموعات

المتنوعة التي يخدمونها.

4: 10 التعيينات: يجب على مهنيي الإدمان المشاركة، ودعم توظيف المهنيين ومقدمي الخدمات الذين يمثلون مجموعات ثقافية متنوعة.

4: 11 التنوع اللغوي: يجب على مهنيي الإدمان تقديم ودعم تقديم الخدمات المهنية التي تلبي احتياجات العملاء ذوي التنوع اللغوي. كما يجب عليهم تقديم أو دعم توفير الخدمات المهنية التي تلبي احتياجات العملاء ذوي الإعاقات المتنوعة.

4: 11 الاحتياجات التي تشكلها الثقافات المتنوعة: يجب على مهنيي الإدمان أن يدركوا أن أساليب المشورة التقليدية قد لا تلبي احتياجات جميع العملاء. ويجب عليهم فتح حوار مع العميل لتحديد أفضل طريقة لخدمته. كما يجب عليهم اللجوء للإشراف والمشورة عند العمل مع الأفراد ذوي الاحتياجات التي تشكلها ثقافاتهم.

المبدأ الخامس: التقييم والفحص والتفسير

5: 1التقييم:يجب على مهنيي الإدمان استخدام التقييمات بشكل مناسب في عملية المشورة. ويجب عليهم مراعاة السياقات الشخصية والثقافية للعملاء عند تقييم العميل. كما يجب على العاملين في مجال الإدمان تطوير و/ أو استخدام تقييمات الصحة العقلية المناسبة، وتقييم اضطرابات تعاطي المخدرات، وغيرها من أدوات التقييم ذات الصلة.

5: 2 المصداقية والدقة: يجب على مهنيي الإدمان فقط استخدام أدوات التقييم التي ثبت صحتها وموثوقيتها بالتجربة على المجموعات المستهدفة، ويجب أن يتلقوا تدريبًا كافيًا على استخدامها وتفسيرها. يجب أن يتم تدريب مقدمي المشورة الذين يستخدمون تفسيرات لاختباراتهم التي يقومون بها بمساعدة التكنولوجيا على مجموعة المتغيرات التي يتم قياسها، والأداة المحددة المُستخدمة قبل استخدام تطبيقها القائم على التكنولوجيا.

5: 3 المصداقية: يجب على مهنيي الإدمان النظر في صحة وموثوقية المقاييس النفسية، وملاءمة الأدوات عند اختيار التقييمات التي سيقومون . ويجب عليهم استخدام البيانات من عدة أدوات و/أو آليات تقييم مناسبة للموضوع قيد البحث قبل الوصول لاستنتاجات وتشخيصات وتوصيات.

5: 4 الشرح: يجب على مهنيي الإدمان أن يشرحوا للعملاء طبيعة ومقاصد كل تقييم، والاستخدام المقصود للنتائج قبل إجراء التقييم. ويجب عليهم تقديم تفسيرات بعبارات ولغة يمكن للعميل أو أي شخص آخر مُخَوَّل قانونًا بتمثيله فهمها.

5: 5 التنفيذ: يجب على مهنيي الإدمان توفير بيئة مناسبة، خالية من أي مصدر إلهاء أو تشتيت لتنفيذ التقييمات. كما عليهم أن يتأكدوا أن التقييمات التي تدار بأساليب تكنولوجية تعمل على النحو المناسب، وأنها تقدم نتائج دقيقة.

5: 6 التأثيرات الثقافية: يجب على مهنيي الإدمان أن يدركوا ويتفهموا أن الثقافة تؤثر على طبيعة تخوفات وهموم العملاء وخبراتهم. ويجب أن يكونوا على بينة من الصدمات التاريخية، والتحيزات الاجتماعية التي قد يؤدي عدم إدراكها إلى التشخيص الخاطئ ،أو تشخيص أفراد ومجموعات محددة بأمراض بشكل خاطئ. وعلى مُقدمي الخدمات للمدمنين أن يكونوا على علم بالأحكام

المسبقة والتحيزات لديهم كمشيرين ولدى الآخرين، وأن يتعاملوا مع هذه التحيزات في أنفسهم أو في الآخرين. ويجب عليهم النظر في التجارب الثقافية للعميل عند تشخيص وتخطيط العلاج النفسي، وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات.

5: 7 التشخيص: يجب على مهنيي الإدمان تقديم التشخيص السليم عن الصحة النفسية، واضطرابات تعاطي المخدرات في نطاق تخصُّصهم ووفقًا لتصاريح عملهم. ويجب عليهم اختيار تقنيات التقييم المستخدمة لتحديد وضع العميل، واحتياجه للرعاية بعناية وبشكل مناسب.

5: 8 النتائج: يجب على مهنيي الإدمان الحرص على رفاه العميل. ’أخذ التفاهمات الصريحة والاتفاقات السابقة في تحديد متى وكيف يقدمون نتائج التقييم. يجب علي مقدمي الخدمات للمدمنين تضمين تفسيرات دقيقة ومناسبة للبيانات عند إصدار نتائج تقييم فردية أو جماعية.

5: 9 سوء استخدام النتائج: يجب على مهنيي الإدمان عدم إساءة استخدام نتائج التقييم والتفسيرات. ويجب عليهم احترام حق العميل في معرفة النتائج، والتفسيرات، والتشخيصات التي تم إجراؤها وتقديم النتائج، والتفسيرات، والتشخيص بطريقة مفهومة ولا تسبب ضررًا له. وعلى العاملين في مجال الإدمان العمل وفق آليات تمنع الآخرين من إساءة استخدام نتائج التقييم وتفسيره.

5: 10 غير المألوف: يجب على مهنيي الإدمان الحذر عند اختيار واستخدام أدوات التقييم والتقنيات غير المألوفة للمجموعة البشرية التي ينتمي لها العميل. ويجب أن يتوفر للعاملين بهذا المجال إمكانية الإشراف، أو التشاور عند استخدام أدوات التقييم غير المألوفة للهوية الثقافية للعميل ويجب توثيق التوصيات.

5: 11 التحويل: يجب على مهنيي الإدمان تقديم بيانات محددة ، وذات صلة عن العميل عند تحويل العميل إلى طرف ثالث للتقييم، وعليهم ضمان استخدام الأدوات المناسبة.

5: 12 الأمان: على مهنيي الإدمان الحفاظ على سلامة وأمن الاختبارات وبيانات التقييم، وضمان الخضوع للالتزامات القانونية والتعاقدية. لا يجوز لمقدمي الخدمات للمدمنين إعادة إنتاج أو تعديل التقييمات المنشورة أو أجزاء منها دون إذن كتابي من الناشر. ويجب عليهم أن يذكروا جهود مُطوِّر و/ أو ناشر الاختبار أو التقييم.

5: 13 الطب الشرعي: يجب على مهنيي الإدمان الذين يُجرون تقييمًا للطب الشرعي إبلاغ العميل شفهيًّا وكتابيًّا بأن العلاقة الحالية هي لغرض محدد هو إجراء تقييم للطب الشرعي، وأن التقييم لن يكون علاجيًا. وتُحدد الكيانات أو الأفراد الذين يتم تجربة التقييم عليهم قبل تاريخ إجراء التقييم. كما يجب أن يحصل مقدمو الخدمات للمدمنين الذين يُجرون تقييم الطب الشرعي على موافقة خطِّية من الأشخاص الذين يتم تقييمهم، أو من مُمثِّلهم القانوني، ما لم تأمر المحكمة بإجراء التقييم دون موافقة خَطِّية من الشخص الذي يجري تقييمه. يتم الحصول على موافقة خَطِّية من أحد الوالدين أو الوصي قبل التقييم، عندما يفتقر الطفل أو الشخص البالغ إلى القدرة على إعطاء الموافقة القانونية.

5: 14 الطب الشرعي: يجب أن يقدم مهنيو الإدمان الذين يجرون تقييمات الطب الشرعي نتائج موضوعية يمكن التحقق منها استنادا إلى البيانات التي تجمع أثناء عملية التقييم واستعراض السجلات. ويجب عليهم تقديم آراء مهنية غير متحيزة، ومبنية فقط على أساس البيانات التي تم جمعها وتحليلها.

5: 15 العلاقات المزدوجة: لا يجوز لمهنيي الإدمان إجراء تقييم الطب الشرعي على العملاء الحاليين أو السابقين، أو أزواج أو شركاء العملاء الحاليين أو السابقين، أو أفراد أسر العملاء. ولا يجوز لهم تقديم المشورة للأفراد الذين يُجرون عليهم تقييم الطب الشرعي. ويجب عليهم تجنب العلاقات المزدوجة الضارة المحتملة مع أفراد الأسرة، والشركاء الرومانسيين، والأصدقاء المقربين للأفراد الذين يُقيّمونهم من الناحية الجنائية.

أسئلة للتفاعل والحوار

هل ترى أن أصحاب البشرة الغامقة في بلادنا يتم التمييز ضدهم في أماكن خدمتنا. اشرح موضحًا وجهة نظرك.

ما أهم فئات المدمنين الذين يتم الوصم والتمييز ضدهم في بلادنا، هل هم المدمنون: المتعايشون مع الإيدز- المثليون- الفقراء- الأميون- العاملات بالجنس؟ اشرح موضحا وجهة نظرك.

ما موقفك أنت الشخصي من الفئات المذكورة في السؤال السابق؟

سادسًا: العلاج الإلكتروني والإشراف الإلكتروني

و من خلال وسائل التواصل الاجتماعي

6: 1 التعريف: يشير تعبير «العلاج الإلكتروني» و»الإشراف الإلكتروني» إلى تقديم الخدمات من قِبَل مهنيي علاج الإدمان باستخدام التكنولوجيا، والأجهزة الإلكترونية، والموارد المتوافقة مع قوانين شبكة الاتصالات (الإنترنت). بما يشمل المنصات الإلكترونية على سبيل المثال لا الحصر: أجهزة الاتصالات الأرضية والمحمولة، وأجهزة الفاكس، وكاميرات الويب، وأجهزة الكمبيوتر، وأجهزة الكمبيوتر المحمولة، والأجهزة اللوحية، ووحدات الذاكرة الوميضية، والأقراص الصلبة الخارجية، والتخزين السحابي. يشمل العلاج الإلكتروني والإشراف الإلكتروني على سبيل المثال لا الحصر الأساليب التالية: العلاج عن بُعْد، والعلاج والخدمات القائمة عبر الفيديو، ورسائل البريد الإلكتروني، والرسائل النصية، والدردشة (الشات) ، والرسائل الفورية. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين والمشرفين الإكلينيكيين أن يكونوا على بينة من التحديات الفريدة التي تخلقها وسائل الاتصال الإلكترونية، وعلى علم بكيفية استخدام التكنولوجيا المتاحة، ويجب أن تُتخذ خطوات كافية لضمان توفير العلاج الإلكتروني، والإشراف الإلكتروني بشكل آمن وسري قدر الإمكان.

6: 2 الكفاءة: يجب على مهنيي الإدمان الذين يلجأون لاستخدام التكنولوجيا في العلاج الإلكتروني، وتقديم المشورة عن بُعْد، والإشراف الإلكتروني، الإلمام بالمعرفة والتحلي بالكفاءة المتخصِّصة فيما يتعلق بالاعتبارات التقنية والأخلاقية والقانونية الخاصة بالتكنولوجيا، ووسائل التواصل الاجتماعي، والمشورة عن بُعْد. يجب تدريب مقدمي الخدمات للمدمنين واطلاعهم على تقنيات العلاج الإلكتروني.

6: 3 الموافقة المستنيرة: يجب على مهنيي الإدمان الذين يقدمون منصة إلكترونية للعلاج الإلكتروني أو المشورة إدارة الحالات عن بُعْد، و/أو الإشراف الإلكتروني وتقديم نموذج موافقة إلكترونية/ تكنولوجية مستنير يشرح حق كل عميل وكل شخص خاضع للإشراف؛ ليكون على علم كامل بالخدمات المقدمة من خلال وسائل تكنولوجية، ويوفر لكل عميل أو كل شخص خاضع

للإشراف معلومات بلغة واضحة ومفهومة فيما يتعلق بأغراض، ومخاطر، وقيود، وتكاليف خدمات العلاج، والبدائل المعقولة، وتعريفه بحقه في رفض تقديم الخدمة من خلال الوسائل الإلكترونية، وحقهم في سحب الموافقة في أي وقت. يقوم مقدمو الخدمات للمدمنين بمراجعة حقوق ومسؤوليات كل من مقدمي الخدمات، والعملاء، أو الأشخاص الخاضعين للإشراف شفهيّا وكتابيًّا. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين أن يُصدق العميل أو الشخص الخاضع للإشراف على فهمهم للعناصر التي تغطيها الموافقة الإلكترونية/التقنية المسبقة من خلال التوقيع على الموافقة الإلكترونية/ التقنية المسبقة. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين الذين يحصلون على الموافقة الأَوَّليَّة شفهيًّا الحصول في الوقت المناسب على وثيقة مكتوبة وموقعة ومؤرخة تفيد بالموافقة.

6: 4 الموافقة المستنيرة: يجب أن يتم الحصول على موافقة مستنيرة شاملة بخصوص العلاج الإلكتروني في بداية الخدمة. ويجب أن تتضمن الموافقة المستنيرة على الخدمات العلاجية المستندة إلى التكنولوجيا ما يلي:

• المؤهلات المعتمدة لدى مقدم المشورة عن بُعْد، والموقع الفعلي للجلسات، ومعلومات الاتصال.

• المخاطر والفوائد المترتبة على الانخراط في استخدام المشورة عن بُعْد، والتكنولوجيا، و/أو وسائل التواصل الاجتماعي.

• إمكانية تعطل التواصل من خلال التكنولوجيا والطرق البديلة لتقديم الخدمات.

• وقت التواصل المتوقع.

• إجراءات الطوارئ الواجب اتباعها عندما يكون مُقدِّم المشورة غير متاح.

• اختلافات المناطق الزمنية.

• الاختلافات الثقافية و/أو اللغوية التي قد تُؤثر على تقديم الخدمات.

• احتمال الحرمان من استحقاقات دفع تكلفة الخدمة من شركات التأمين وبوالص التأمين التي تغطي تكاليف العلاج من خلال وسائل التواصل الاجتماعي.

6: 5التحقق: يجب على مهنيي الإدمان الذين يشاركون في استخدام المنصات الإلكترونية لتقديم الخدمات، اتخاذ خطوات للتحقق من هوية العميل/الشخص الخاضع للإشراف قبل الانخراط في علاقة العلاج الإلكتروني وطوال العلاقة العلاجية. يجب أن يتضمن التحقق، على سبيل المثال لا الحصر، أحد الأمور التالية على الأقل: بطاقات الهوية بالصور، أو كلمات سرية، أو الأرقام، أو الرسومات، أو وسائل تحقق أخرى غير مكتوبة.

6: 6 قوانين الترخيص: يلتزم مهنيو الإدمان بقوانين الترخيص ذات الصلة في الولاية القضائية التي يكون فيها مُقدِّم الخدمة/المشرف الإكلينيكي موجودًا فعليًّا عند تقديم الرعاية وحيث يكون العميل/ الشخص الخاضع للإشراف عند تلقي الرعاية. تعتمد بروتوكولات إدارة الطوارئ اعتمادًا كليًّا على الموقع الذي يتلقى فيه العميل/ الشخص الخاضع للإشراف الخدمات. أثناء شرح بنود الموافقة المستنيرة، يقوم مقدمو الخدمات للمدمنين بإخطار العملاء/ الأشخاص الخاضعين للإشراف بالحقوق والقيود القانونية التي تحكم ممارسة المشورة/الإشراف عبر حدود الولاية أو الحدود

الدولية. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين إبلاغ العملاء بأن الإبلاغ الإلزامي والفوري والمتطلبات الأخلاقية ذات الصلة مثل الإنذار/الإخطار تحكمها الولاية القضائية التي يتلقى فيها العميل/ الشخص الخاضع للإشراف الخدمات.

6: 7 القوانين الوطنية: يخضع مهنيو الإدمان الذين يستخدمون التكنولوجيا، ووسائل التواصل الاجتماعي، والمشورة عن بعد في ممارستهم للقوانين الوطنية التي تحكم مكان الممارسة لمُقدِّم المشورة. كما يخضع مقدمو تلك الخدمات الذين يستخدمون التكنولوجيا، ووسائل التواصل الاجتماعي، والمشورة عن بعد في ممارستهم لقوانين ولوائح الدولة محل إقامة العميل/ الشخص الخاضع للإشراف. كما يخضع مقدمو تلك المشورة أيضًا للقوانين واللوائح في الدولة التي يتواجد فيها العميل/ الشخص الخاضع للإشراف أثناء تلقي الخدمات.

6: 8 غياب الأمن: يجب أن يستوعب مهنيي الإدمان أن وسائل الاتصال الإلكترونية غير آمنة، ويجب عليهم إخطار العملاء، والطلاب، والأشخاص الخاضعين للإشراف أن الخدمات عن بُعْد باستخدام الوسائل الإلكترونية لا يمكن تأمينها أو ضمان سريتها بالكامل. ويجب على مقدمي الخدمات للمدمنين الذين يقدمون الخدمات عبر الوسائل الإلكترونية إخطار كل عميل، أو طالب، أو شخص خاضع للإشراف بالقيود والمخاطر فيما يتعلق بسرية هذه الوسائل، بما في ذلك حقيقة أن المراسلات الإلكترونية قد تصبح جزءًا من السجلات الإكلينيكية أو الأكاديمية أو المهنية. ويجب على مقدمي تلك الخدمات للمدمنين ضمان عدم الاستماع إلى الحورات الإكلينيكية من قِبَل الآخرين خارج الغرفة التي يتم تقديم الخدمات فيها. ويجب على مقدمي الخدمات إجراء المشورة النفسية عبر الإنترنت على خوادم متوافقة مع قانون شبكة الاتصالات (الإنترنت). لا يجوز أن يتم العلاج باستخدام الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني.

6: 9 التقييم: يقوم مهنيو الإدمان بتقييم وتوثيق قدرة العميل/الشخص الخاضع للإشراف على الاستفادة من خدمات العلاج الإلكتروني والانخراط فيها. يجب على مقدمي الخدمات للمدمنين النظر في القدرة المعرفية ومدى نضج العميل/الشخص الخاضع للإشراف، والتشخيصات السابقة والحالية، ومهارات الاتصالات، ومستوى الكفاءة في استخدام التكنولوجيا، وإمكانية وصوله إلى التكنولوجيا اللازمة. ويجب على مقدمي تلك الخدمات مراعاة المسافة الجغرافية إلى أقرب منشأة طبية طارئة، وفعالية نظام دعم العميل، والحالة الصحية الطبية والسلوكية الحالية للعميل، والصعوبات الحالية أو السابقة للعميل مع تعاطي المخدرات، وتاريخ العميل مع العنف أو السلوك الضار بالنفس.

6: 10 الدخول إلى معلومات الخدمات: يجب على مهنيي الإدمان إبلاغ العملاء بأن الأفراد الآخرين (أي الزملاء والمشرفين والموظفين والمشيرين وتقنيي المعلومات) قد يكون لديهم قدرة، سواء بتصريح أو من دون تصريح، على الوصول إلى مثل هذه السجلات أو المراسلات. يستخدم مقدمو تلك الخدمات معايير التشفير داخل مواقعهم الإلكترونية، وللاتصالات القائمة على التكنولوجيا. يتخذ مقدمو الخدمات للمدمنين الاحتياطات اللازمة لضمان سرية المعلومات المرسلة والمخزنة من خلال أي وسيلة إلكترونية.

6: 11 الرعاية متعددة التخصُّصات: يجب على مهنيي الإدمان إخطار العميل أن الرعاية الإكلينيكية المُثْلى له قد تعتمد على تنسيق الرعاية بين فريق رعاية متعدد التخصُّصات. يجب على

مقدمي تلك الخدمات أن يشرحوا للعميل أن مُقدِّم الخدمة قد يحتاج إلى إجراء علاقات تعاونية مع المهنيين المحليين، مثل مُقدِّم الرعاية الأوَّليَّة المحلي للعميل، ومقدمي خدمات الطوارئ المحليين؛ لأن هذا سيكون حاسمًا في حالات الطوارئ.

6: 12 الموارد المحلية: يجب أن يكون مهنيي الإدمان على دراية بموارد الصحة العقلية الشخصية في الموقع الجغرافي للعميل، إذا مارس مُقدِّم الخدمة تشخيصًا إكلينيكيًّا لإجراء تحويل للعميل، سواء بسبب تعاطي مواد إضافية، أو لسبب متعلق بالصحة العقلية، أو لتلقي غيرها من الخدمات المناسبة.

6: 13 الحدود: يجب على مهنيي الإدمان الحفاظ على علاقة مهنية مع عملائهم/الأشخاص الخاضعين للإشراف. يجب على مقدمي تلك الخدمات مناقشة وبناء الحدود العلاجية المهنية مع العملاء/الأشخاص الخاضعين للإشراف بخصوص الاستخدام والتطبيق المناسبين للتكنولوجيا، وفي حدود استخدامها في إطار العلاقة المشورية/الإشرافية. يجب أن يكون مقدمو تلك الخدمات على علم بالمخاطر الناتجة عن خرق هذه الحدود المتعلقة بتقديم الخدمات عبر الإنترنت.

6: 14 الإمكانية: يحدد مهنيو الإدمان ما إذا كان العميل/ الشخص الخاضع للإشراف قادرًا بدنيًّا وفكريًّا وعاطفيًّا ولغويًّا وعمليًّا على استخدام منصات العلاج الإلكتروني، وما إذا كان العلاج الإلكتروني/الإشراف الإلكتروني مناسبًا لاحتياجات العميل/ الشخص الخاضع للإشراف. يتفق مقدمو الخدمات والعملاء/ الأشخاص الخاضعين للإشراف على وسائل العلاج الإلكتروني/ الإشراف الإلكتروني التي سيتم استخدامها والخطوات التي يجب اتخاذها في حالة حدوث عطل تكنولوجي. يجب على مقدمي الخدمات التحقق من أن العملاء/ الأشخاص الخاضعين للإشراف على علم بالغرض، وكيفية تشغيل التطبيقات التكنولوجية، والمتابعة مع العملاء/الأشخاص الخاضعين للإشراف للتعامل مع التخوفات المحتملة، ومساعدتهم على اكتشاف الاستخدام المناسب للتطبيق، وتقييم الخطوات اللاحقة.

6: 15 الرسائل غير اللفظية المفقودة: يجب على مهنيي الإدمان إدراك الاختلافات بين الإشارات غير اللفظية واللفظية في الاتصال وجهًا لوجه والتواصل الإلكتروني، وكيف يمكن أن تؤثر على المشورة/ الإشراف. يجب على مقدمي الخدمات الحديث مع عملائهم/ الأشخاص الخاضعين للإشراف عن كيفية منع ومعالجة سوء الفهم المحتمل الناجم عن عدم وجود إشارات بصرية وحركات صوتية عند التواصل إلكترونيًّا.

6: 16 السجلات: يجب أن يكون مهنيو الإدمان على دراية بالمخاطر الكامنة في السجلات الصحية الإلكترونية. يجب على مقدمي الخدمات إبلاغ العملاء/الأشخاص الخاضعين للإشراف عن فوائد ومخاطر الحفاظ على السجلات بطريقة التخزين السحابي، وإخطارهم بحقيقة أن لا شيء يتم حفظه إلكترونيًّا وفقًا لهذا النظام الآمن والسري. يجب على مقدمي الخدمات ضمان أن يكون نظام التخزين السحابي مُشفَّر ومُؤمَّن ومتوافق مع قوانين شبكة الاتصالات (الإنترنت). يجب على مقدمي الخدمات استخدام برامج التشفير عند نقل معلومات العميل لحماية السرية.

6: 17 السجلات: يجب على مهنيي الإدمان الحفاظ على السجلات الإلكترونية وفقًا للقوانين الوطنية ذات الصلة. يجب على مقدمي الخدمات إبلاغ العملاء عن كيفية الاحتفاظ بالسجلات

إلكترونيًّا و/ أو ماديًّا، والتي يجب أن تشمل، على سبيل المثال لا الحصر: نوع التشفير والأمن المستخدم لتخزين السجلات والمدة الزمنية التي سيتم الاحتفاظ فيها بالسجلات.

6: 18 الروابط الإلكترونية: يجب على مهنيي الإدمان الذين يقدمون خدمات العلاج الإلكتروني و/ أو يملكون موقعًا إلكترونيًّا مهنيًّا توفير روابط إلكترونية إلى مجالس الترخيص والاعتماد ذات الصلة، ومنظمات العضوية المهنية (أي الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي) ، لحماية حقوق العميل/الشخص الخاضع للإشراف، والتعامل مع تخوفاته المتعلقة بالأخلاقيات المهنية.

6: 19 الأصدقاء: لا يجوز لمهنيي الإدمان قبول طلبات «صداقة» العميل على مواقع التواصل الاجتماعي أو عبر البريد الإلكتروني. يجب على مقدمي الخدمات الذين يودون الحفاظ على الحدود بين وجودهم المهني والشخصي على وسائل التواصل الاجتماعي، إنشاء صفحات مهنية وشخصية منفصلة، والتي يجب أن تميز بوضوح بين الحضور الافتراضي المهني والشخصي.

6: 20 وسائل التواصل الاجتماعي: على مهنيي الإدمان أن يشرحوا بوضوح لعملائهم/الأشخاص الخاضعين للإشراف الفوائد والمخاطر، بما في ذلك عدم السرية، والحدود الضرورية لاستخدام وسائل التواصل الاجتماعي كجزء من الموافقة المستنيرة. يجب على مقدمي الخدمات شرح سياساتهم وإجراءاتهم الخاصة باستخدام وسائل التواصل الاجتماعي في العلاقات الإكلينيكية مع العميل/الشخص الخاضع للإشراف. يجب على مقدمي الخدمات احترام الحقوق الخصوصية للعميل/الشخص الخاضع للإشراف على وسائل التواصل الاجتماعي، ويجب عدم فحص وسائل التواصل الاجتماعي الخاصة بالعميل/الشخص الخاضع للإشراف دون موافقة مسبقة.

أسئلة للتفاعل والحوار

ما أهم الصعوبات التي تواجهك أو تتصور أنها قد تواجهك عند تقديم خدمات للمدمنين أونلاين؟

ما أهم التحديات الأخلاقية في هذا الموضوع؟

المبدأ السابع: الإشراف والتشاور

7: 1 المسؤولية: يتحمل مهنيو الإدمان الذين يقومون بالتدريس، أو يمارسون الإشراف الإكلينيكي مسؤولية تعزيز التطوير المهني للطلاب والأشخاص الخاضعين للإشراف من خلال توفير معلومات دقيقة وحديثة، وردود فعل وتقييمات في الوقت المناسب، وتقديم استشارات بنَّاءة.

7: 2 التدريب: يجب على مهنيي الإدمان حضور تدريب الإشراف الإكلينيكي قبل تقديم الإشراف الإكلينيكي للطلاب أو غيرهم من المهنيين.

7: 3 قواعد الأخلاقيات المهنية: ويكون المشرفون والمُشرَف عليهم، بمَنْ فيهم المتدربون والطلاب، مسؤولين عن معرفة واتباع مدونة أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي، ومدونة قواعد السلوك الخاصة باللجنة الوطنية لإصدار الشهادات لمهني الإدمان (شهادة التصريح الوطني لمهني الإدمان والتعاطي NCAAP).

7: 4 الموافقة المستنيرة: الموافقة المستنيرة جزء لا يتجزأ من إقامة علاقة إشرافية. تتضمن الموافقة الإشرافية المستنيرة مناقشة بشأن خصوصية العميل وسريته، إلخ. يتم التفاوض على

شروط العلاقة الإشرافية والرسوم بين المشرف والمُشرف عليه، ويتم توثيقها في العقد الإشرافي.

7: 5 الموافقة المستنيرة: يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف تزويد العميل ببيان إفصاح مهني مكتوب. ويجب عليهم إبلاغ العميل حول كيفية تأثير عملية الإشراف على حدود السرية. يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف إبلاغ العميل بالأشخاص الذين بإمكانهم الوصول إلى سجلاته الإكلينيكية، ومتى وكيف سيتم تخزين هذه السجلات أو إرسالها أو مراجعتها.

7: 6 الأزمة الإكلينيكية: أثناء الموافقة المستنيرة على الإشراف، يقوم المشرفون الإكلينيكيون بإبلاغ الشخص الخاضع للإشراف بإجراءات التعامل مع أزمات العميل/ الأزمات الإكلينيكية. كما يقوم الشخص الخاضع للإشراف بإبلاغ وتوثيق الإجراءات البديلة في حالة عدم قدرته على إجراء اتصال مع المشرف أثناء الأزمة الإكلينيكية.

7: 7 الإجراءات القانونية: يقوم المشرفون الإكلينيكيون بإخطار الأشخاص الخاضعين للإشراف بالسياسات والإجراءات التي يلتزم بها المشرفون. يقوم المشرفون بإبلاغ الأشخاص الخاضعين للإشراف بشأن آليات الطعن القانونية في إجراءات الإشراف.

7: 8 التعددية الثقافية: يتناول المشرفون الإكلينيكيون دور التعددية الثقافية في العلاقة الإشرافية بين المُشرِف والمُشرَف عليهم. يقدم المشرفون محتوى تعليمي وفرص تجريبية تتعلق بالتعددية الثقافية والتواضع الثقافي في جميع برامجهم.

7: 9 التعددية الثقافية: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين تقديم محتوى تعليمي، وفرص تجريبية تتعلق بالتعددية الثقافية، والتواضع الثقافي في جميع برامجهم.

7: 10 التعددية: يقوم المعلمون والمشرفون الميدانيون بكل محاولة لتوظيف واستبقاء مدرسين وموظفين متنوعين. يقوم المعلمون والمشرفون الميدانيون بكل محاولة لتوظيف واستبقاء مجموعة طلابية متنوعة تُبدي التزامًا بخدمة مجتمع متنوع. يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين التعرف على المواهب والقدرات المتنوعة التي يجلبها الطلاب إلى التدريبات وتقديرها.

7: 11 التعددية: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين توفير أماكن إقامة مناسبة تلبي احتياجات الطلاب المتنوعة ودعم الرفاهية والأداء الأكاديمي.

7: 12 الحدود: يقوم المشرفون الإكلينيكيون بوعي وتدبر بتطوير علاقات مهنية محترمة ووثيقة مع الحفاظ على الحدود المناسبة مع الأطباء، والطلاب، والمتدربين، والأشخاص الخاضعين للإشراف في جميع الأماكن. يجب على المشرفين السعي من أجل الدقة والصدق في تقييماتهم للطلاب والمتدربين والإشراف.

7: 13 الحدود: يجب على المشرفين الإكلينيكيين وضع الحدود المهنية، والشخصية، والاجتماعية، والأخلاقية بوضوح مع الأشخاص الخاضعين للإشراف، والحفاظ على هذه الحدود على الدوام. لا يجوز للمشرفين الانخراط في علاقة عاطفية/جنسية/غير مهنية مع القائمين بالإشراف، سواء شخصيًا أو إلكترونيًا.

7: 14 السرية: لا يجوز للمشرفين الإكلينيكيين الكشف عن المعلومات السرية في التدريس أو الإشراف دون موافقة خطية صريحة من العميل، وفقط عندما يتم اتخاذ الخطوات المناسبة لحماية

هوية العميل وسريته.

7: 15 الرصد: يقوم المشرفون الإكلينيكيون بمراقبة الخدمات التي يقدمها مهنيو الإدمان الخاضعون للإشراف. يجب على المشرفين مراقبة رفاهية العميل. كما يجب عليهم مراقبة الأداء والتطوير المهني لمهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف. يقوم المشرفون بإرشاد وتوجيه مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف أثناء استعدادهم لخدمة مجموعة متنوعة الخلفيات من العملاء. يجب على المشرفين قراءة، ومعرفة، وفهم، والالتزام ، وتعزيز مدونة الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي للأخلاقيات.

7: 16 العلاج: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين الالتزام بمساعدة الطلاب على اكتساب الأخلاق والمعرفة والمهارات اللازمة؛ لعلاج تعاطي المواد المخدرة والاضطرابات السلوكية الإدمانية.

7: 17 الاختلال والاعتلال: يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف، بمَنْ فيهم المتدربون والطلاب، مراقبة أنفسهم بحثًا عن علامات الاختلال أو الاعتلال الجسدية والنفسية و/أو العاطفية. ويتعين على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف، بمَنْ فيهم المتدربون والطلاب، الامتناع عن تقديم الخدمات المهنية وهم يعانون من الإصابة. يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف، والمتدربين، والطلاب إخطار برنامجهم المؤسسي بالاختلال والاعتلال، والتماس التوجيه والمساعدة المناسبة.

7: 18 العملاء: يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف، والمتدربين والطلاب الكشف للعملاء عن وضعهم وصفاتهم كطلاب وأشخاص خاضعين للرصد، وعليهم تقديم شرح حول كيفية تأثير وضعهم على حدود السرية. يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف تقديم معلومات الاتصال بالمشرف الإكلينيكي للعملاء. ويتم الحصول على الموافقة المستنيرة كتابةً، وتشمل حق العميل في رفض أن يعامله شخص تحت التدريب.

7: 19 الإفصاح: يجب على مهنيي الإدمان الخاضعين للإشراف، والمتدربين والطلاب توثيق الإشراف الإكلينيكي قبل الإفصاح عن المعلومات الشخصية للعميل.

7: 20 الملاحظات: يقوم المشرفون الإكلينيكيون بتقديم وتوثيق جلسات الإشراف المنتظمة مع الشخص الخاضع للإشراف. يلاحظ المشرفون الشخص الخاضع للإشراف بانتظام أثناء الجلسة باستخدام الملاحظات المباشرة، أو الأشرطة الصوتية أو المرئية. يقدم المشرفون تعليقات مستمرة بشأن أداء الشخص الخاضع للإشراف مع العملاء وداخل مكان العمل. يقوم المشرفون بجدولة الجلسات بشكل منتظم لتقييم وتوجيه الشخص الخاضع للإشراف بشكل مهني.

7: 21 حراس المهنة: يجب أن يكون المشرفون الإكلينيكيون على دراية بمسؤولياتهم كحراس لمهنتهم. يقوم المشرفون، من خلال التقييم المستمر، برصد المحدوديات التي قد تعوق أداء الشخص الخاضع للإشراف. ويساعد المشرفون الأشخاص الخاضعين للإشراف بتقديم المساعدة التصحيحية في الوقت المناسب، بما في ذلك تحويل الشخص الخاضع للإشراف إلى العلاج عند الحاجة. قد يوصي المشرفون باتخاذ إجراءات تصحيحية أو الطرد والإيقاف من برامج التدريب، وأماكن تقديم المشورة، وإجراءات الاعتماد المهني الحكومية أو الطوعية عندما يكون المشرف

غير قادر على إثبات قدرته على تقديم خدمات مهنية ذات كفاءة. ويلتمس المشرفون للإشراف بدورهم و/أو التشاور، ويوثقون قراراتهم بفصل الشخص الخاضع للإشراف أو إحالته للمساعدة.

7: 22 التعليم: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين التأكد من تصميم برامجهم التعليمية والتدريبية لتوفير المعرفة والخبرات المناسبة المتعلقة بالإدمان التي تلبي شروط الدرجات العلمية والتراخيص والاعتماد، وتحقق أهداف البرنامج الأخرى.

7: 23 التعليم: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين توفير التعليم والتدريب بطريقة أخلاقية، والالتزام بمدونة أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي، بغض النظر عن نوع منصة التدريس والتي قد تكون على سبيل المثال لا الحصر المنصات التقليدية أوالهجينة، و/أو عبر الإنترنت. يجب أن يكون المعلمون والمشرفون الميدانيون قدوة مهنية تُظهر السلوكيات المناسبة.

7: 24 المواكبة: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين التأكد من أن محتوى البرنامج وتعليمه يستندان إلى أحدث المعارف والمعلومات المتاحة في المهن المتعلقة بالإدمان. ولا يجوز للمعلمين والمشرفين الميدانيين إلا أن يشجعوا استخدام تلك الطرق والتقنيات التي لها أساس تجريبي أو علمي.

7: 25 التقييم: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين ضمان تقييم أداء الطلاب بطريقة عادلة ومحترمة، وعلى أساس معايير واضحة.

7: 26 العلاقات المزدوجة: يجب على المعلمين والمشرفين الميدانيين تجنب العلاقات المزدوجة و/أو العلاقات غير الأكاديمية مع الطلاب والمتدربين والأشخاص الخاضعين للإشراف.

7: 27 العلاقات المزدوجة: لا يجوز أن يشرف المشرفون الإكلينيكيون على الأقارب أو الشركاء الرومانسيين أو الجنسيين أو الأصدقاء أو يطوِّرون علاقات رومانسية أو جنسية أو شخصية مع الطلاب أو الأشخاص الخاضعين للإشراف. يتم التشاور مع طرف ثالث، وتُوَّثق التوصيات قبل الدخول في علاقة إشرافية مزدوجة.

7: 28 الإشراف الإلكتروني: المشرفون الإكلينيكيون الذين يستخدمون التكنولوجيا في الإشراف (الإشراف الإلكتروني) ، يجب أن يكونوا متخصصين في استخدام أدوات وأساليب تكنولوجية محددة. يجب على المشرفين مناقشة مخاطر وفوائد استخدام الإشراف الإلكتروني مع الشخص الخاضع للإشراف. يحدد المشرفون كيفية استخدام تدابير الحماية، والتي يجب أن تشمل على سبيل المثال لا الحصر، التشفير اللازم لحماية سرية المعلومات المُرسَلة من خلال أي وسيلة إلكترونية. يجب أن يدرك المشرفون والأشخاص الخاضعين للإشراف أن السرية غير مضمونة عند استخدام التكنولوجيا كوسيلة للاتصال وتقديم الخدمة.

7: 29 التحرش:لا يجوز للمشرفين الإكلينكيين التغاضي عن أو المشاركة في التحرش الجنسي أو استغلال المشرفين الحاليين أو السابقين.

7: 30 المسافة:الأمور والمسائل المتعلقة بالإشراف عن بُعْد يجب أن تُذْكَر في الوثائق حسب الضرورة.

7: 31 إنهاء:يجب الكشف عن سياسات وإجراءات إنهاء علاقة الإشراف في الموافقة المستنيرة للإشراف.

7: 32 الإرشاد: لا يجوز للمشرفين الإكلنيكيين تقديم خدمات مشورية للمشرفين. يجب على المشرفين الإكلنيكيين مساعدة المشرف من خلال توفير التحويلات إلى الخدمات المناسبة عند الطلب.

7: 33 اعتماد: يجب على المشرفين الاكلنيكيين التوصية بالإشراف على إكمال البرنامج الأكاديمي أو التدريبي، والتوظيف، والشهادة و/ أو الترخيص عندما يظهرالمشرف استعدادا لمثل هذا التأييد. لا يجوز للمشرفين الإكلينيكين المصادقة على المشرفين الذين يُعتقد أنهم يعانون من إعاقة ما. ولا يجوز لهم اعتماد المشرفين الذين لم يتمكنوا من تقديم الخدمات الاكلينكية المناسبة.

أسئلة للتفاعل والحوار

ما أهم تحديات الإشراف المشوري التي تواجهنا في بلادنا؟

اكتب 3 اقتراحات عملية لتأمين مواكبة لأحدث تطورات المشورة والتأهيل؟

المبدأ الثامن: حل المشكلات الأخلاقية

8: 1 يجب أن يلتزم مهنيو الإدمان بمثياق الأخلاقيات المهنية الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي ويدعمونها، ويجب أن يكونوا على دراية بالسياسات والإجراءات المعمول بها للتعامل مع المشكلات المتعلقة بالسلوك غير الأخلاقي، على مستوى المحلي والمستوى الوطني. يسعى مقدمو الخدمات إلى حل المعضلات الأخلاقية من خلال التواصل المباشر والمفتوح بين جميع الأطراف المعنية، ويسعون إلى الإشراف و/ أو التشاور عند الضرورة. يدمج مقدمو الخدمة الممارسة الأخلاقية في عملهم المهني اليومي. يشارك مقدمو الخدمات في التطوير المهني المستمر فيما يتعلق بالمسائل الأخلاقية والقانونية في تقديم المشورة. مقدمو الخدمات هم من المهنيين الذين يتصرفون بشكل أخلاقي وقانوني. يدرك مقدمو الخدمة أن رفاه العميل وثقته تعتمد على مستوى عالٍ من السلوك المهني. كما يُلزِم مهنيو الإدمان مقدمي الخدمات الآخرين بنفس المعايير الأخلاقية والقانونية، وهم على استعداد لاتخاذ الإجراءات المناسبة لضمان التمسك بهذه المعايير.

8: 2 الإدراك: على مهنيي الإدمان فهم وتنفيذ مدونة أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي وغيرها من قواعد الأخلاق المعمول بها من المنظمات المهنية، أو هيئات إصدار الشهادات والتراخيص التي هم أعضاء فيها. عدم المعرفة أو سوء فهم المسؤولية الأخلاقية ليس دفاعًا ضد تهمة السلوك غير الأخلاقي.

8: 3 نموذج اتخاذ القرار: يجب على مهنيي الإدمان استخدام وتوثيق نموذج اتخاذ القرارالأخلاقي، عند مواجهة معضلة أخلاقية. ويجب أن يشمل نموذج اتخاذ القرار الأخلاقي القابل للتطبيق على سبيل المثال لا الحصر: (أ) الإشراف و/ أو التشاور فيما يتعلق بالتخوفات وأسباب القلق في القرار؛ (ب) مراعاة المعايير والمبادئ والقوانين الأخلاقية ذات الصلة؛ (ج) استحداث مسارات عمل محتملة؛ (د) التداول بشأن مخاطر وفوائد كل مسار عمل محتمل؛ (هـ) اختيار قرار موضوعي على أساس ظروف ورفاه جميع المعنيين؛ (و) التفكير وإعادة التوجيه إذا لزم الأمر بعد

تنفيذ القرار.

8: 4 الاختصاص في الحكم: تتمتع لجان الأخلاقيات في الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي

NCC AP بالاختصاص في الحكم على جميع الشكاوي المقدمة ضد أي شخص يحمل أو يتقدم للحصول على عضوية الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي أو شهادة NCC AP

8: 5 التحقيقات: تتمتع لجان الأخلاقيات في الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي و NCC AP بسلطة إجراء التحقيقات وإصدار الأحكام، والإجراءات التأديبية في أي حالة من حالات سوء السلوك المزعوم من قِبَل متخصِّص في الإدمان.

8: 6 المشاركة: يُطَلب من مهنيي الإدمان التعاون؛ لتنفيذ ميثاق الأخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي، والمشاركة في أي إجراءات وقرارات تأديبية تستند إلى الميثاق والالتزام بها. يُعدُّ عدم المشاركة أو التعاون انتهاكًا لمدونة الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي للأخلاقيات.

8: 7 التعاون: يجب على مهنيي الإدمان المساعدة في عملية تطبيق ميثاق الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي للأخلاقيات. يجب أن يتعاونوا مع التحقيقات والإجراءات والمتطلبات الخاصة بلجان أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي و NCC AP ، ولجان الأخلاقيات للجمعيات المهنية الأخرى، و/ أو مجالس الترخيص وإصدار الشهادات التي تتمتع بسلطة قضائية على المتهمين بارتكاب انتهاك.

8: 8 نزاعات المؤسسات: يجب على مهني الإدمان السعي للإشراف و/ أو التشاور وتوثيقه في حالة تعارض المسؤوليات الأخلاقية مع سياسات وإجراءات المؤسسة و/ أو قوانين ولوائح البلد و/ أو أي سلطة قانونية حاكمة أخرى. يجب رفع دعوى الإشراف و / أو التشاور لتحديد أفضل الخطوات التالية.

8: 9 مفترق الطرق: قد يجد مهنيي الإدمان أنفسهم على مفترق طرق، عندما تُطرح مطالب مؤسسة ينتسب إليها تضاربًا مع مثياق الأخلاقيات. يجب على مقدمي الخدمات تحديد طبيعة الصراع ومناقشة التعارض مع مشرفهم أو أي شخص آخر ذي صلة في المنظمة المعنية، مُعربين عن التزامهم بمدونة قواعد السلوك الخاصة بالجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي. يجب على مقدمي الخدمات محاولة العمل من خلال القنوات المناسبة لمعالجة التخوفات ومواطن القلق.

8: 10 الانتهاكات دون ضرر: عندما يكون هناك دليل يشير إلى أن مُقدِّم خدمة آخر ينتهك، أو انتهك معيارًا أخلاقيًّا ولم يحدث ضرر، يجب على متخصِّصي الإدمان أولًا محاولة حل المشكلة بشكل غير رسمي معه إذا كان ذلك ممكنًا، بشرط ألا ينتهك هذا الإجراء حقوق السرية.

8: 11 الانتهاكات التي تسببت في الضرر: يجب على مهنيي الإدمان الإبلاغ عن السلوك غير الأخلاقي، أو الأساليب غير المهنية للممارسة - التي تؤدي إلى الضرر - والتي يصبحون على دراية بها لسلطات التصديق أو الترخيص المناسبة ، والهيئات التنظيمية الحكومية أو الفيدرالية ، و/ أو الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي. يجب على مقدمي الخدمات السعي للحصول

على الإشراف / التشاور قبل تنفيذ هذا القرار.كما يجب عليهم توثيق الإشراف / الاستشارة وتقديم تقرير إذا تم ذلك.

8: 12 خارج دائرة إقامة الإدعاء: لا يجوز تسمية أعضاء الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي أو لجان أخلاقيات NCC AP أو لجان الاستماع أو مجالس الإدارة أو لجان العضوية أو المسؤولين أو الموظفين كمدعى عليهم بموجب هذه السياسات والإجراءات نتيجة لأي قرار أو إجراء أو ممارسة للسلطة التقديرية الناشئة مباشرة من سلوكهم أو مشاركتهم في تنفيذ مسؤوليات التحكيم.

8: 13 التشاور: يجب على مهنيي الإدمان طلب المشورة والتوجيه من المشرفين أو المشيرين أو لجنة الأخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي عند الشك مما إذا كان هناك موقفًا معينًا أو مسار عمل قد ينتهك ميثاق أخلاقيات الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي. يتشاور مقدمو الخدمات مع أشخاص على دراية بالأخلاقيات ، ومدونة الجمعية الوطنية لمشيري الإدمان والتعاطي للأخلاقيات ، والمتطلبات القانونية الخاصة بالموقف.

8: 14 الانتقام: لا يجوز لمهنيي الإدمان البدء أو المشاركة في أو تشجيع تقديم شكوى تتعلق بالأخلاق، أو التظلم كوسيلة للانتقام من شخص آخر. كما لا يجوز للمُقدِّمين نبذ أو تجاهل حقائق الموقف عن قصد.

أسئلة للتفاعل والحوار

اذكر مشكلة أو معضلة أخلاقية واجهتك أثناء عملك وكيف تصرفت فيها في الماضي؟ ما الخطوات المختلفة التي قد تقوم بها اليوم بعد دراستك للأخلاقيات المهنية؟

المبدأ التاسع: البحث العلمي والنشر

9: 1يجب تشجيع البحث والنشر كوسيلة للمساهمة في قاعدة المعرفة والمهارات في مجال الإدمان والمهن الصحية السلوكية. يجب تشجيع البحث للمساهمة في الممارسات القائمة على الأدلة والمدفوعة بالنتائج التي توجه المهنة. يوفر البحث والنشر فهمًا للممارسات التي تؤدي إلى الصحة والعافية وتحسن الأداء الوظيفي في كل المجالات. يبذل الباحثون ومهنيو الإدمان قصارى جهدهم لتكون جهودهم في هذه المجالات شاملة ومتكاملة، عن طريق تقليل التحيز، واحترام التنوع عند تصميم أبحاثهم، وتنفيذها، وتحليلها، ونشرها.

9: 2 يدعم مهنيو الإدمان جهود الباحثين من خلال المشاركة في البحث كلما أمكن ذلك.

9: 3 يخطط الباحثون ويعملون على تصميم، وإجراء، وعمل تقارير عن البحوث بطريقة تتفق مع المبادئ الأخلاقية ذات الصلة ، والقوانين الفيدرالية وقوانين الولايات ، وتوقعات مجلس المراجعة الداخلية، واللوائح المؤسسية، والمعايير العلمية التي تحكم البحث.

9: 4 الباحثون مسؤولون عن فهم السياسات الحكومية أو الفيدرالية أو الخاصة بالمؤسسات والالتزام بها، أو بالمبادئ التوجيهية المعمول بها فيما يتعلق بالسرية في ممارسات البحوث الخاصة بهم. و المعلومات التي يتم الحصول عليها عن المشاركين أثناء إجراء البحوث السرية.

9: 5 يلتزم الباحثون المستقلون الذين يُجرون بحثًا مستقلًا بدون حوكمة من قِبَل مجلس مراجعة مؤسسي، بنفس المبادئ الأخلاقية، والقوانين الفيدرالية، وقوانين الولايات المتعلقة بمراجعة خطتهم، وتصميمهم، وسلوكهم وإعداد تقاريرهم عن البحوث.

9: 6 يجب على الباحثين السعي للحصول على الإشراف و/ أو الاستشارة ومراقبة الضمانات اللازمة لحماية حقوق المشاركين في البحث، خاصةً عندما تنحرف خطة البحث، وتصميمه، وتنفيذه عن الممارسات القياسية أو المقبولة.

9: 7 الرفاه: الباحثون الذين يجرون البحوث مسؤولون عن رفاه المشاركين. يجب على الباحثين اتخاذ الاحتياطات المعقولة طوال فترة الدراسة؛ لتجنب التسبب في ضرر جسدي أو فكري أو عاطفي أو اجتماعي للمشاركين. يتخذ الباحثون تدابير معقولة للوفاء بجميع الالتزامات التي تم التعهد بها للمشاركين في البحث

9: 8 الموافقة المستنيرة: يجب على الباحثين الإحالة إلى مجلس المراجعة المؤسسية، أو لجنة البحث الخاصة بالأبحاث التي تُجرى على البشر؛ لضمان أن الموافقة المستنيرة سيتم الحصول عليها، واتباع بروتوكولات البحث، وعدم تعرض المشاركين للإكراه، والحفاظ على السرية، وتجنب الممارسات الخادعة، إلا في حالة أن الخداع أساسي في بروتوكول البحث، وتم اعتماد أخلاقيته من قِبَل مجلس الإدارة أو اللجنة.

9: 9 الدقة: يلتزم الباحثون بأعلى معايير البحث العلمي، ويقدمون معلومات دقيقة، ويفصحون عن تضارب المصالح المحتمل ، ويبذلون قصارى جهدهم لمنع تشويه، أو إساءة استخدام نتائجهم الإكلنيكية والبحثية.

9: 10 الطلاب: يجب على الباحثين أن يكشفوا للطلاب و/ أو المشرفين الذين يرغبون في المشاركة في أنشطتهم البحثية، أن المشاركة في البحث لن تؤثر على مكانتهم الأكاديمية أو علاقتهم الإشرافية.

9: 11 العملاء: يمكن للباحثين إجراء أبحاث تشمل العملاء. لكن يجب على الباحثين توفيرعملية موافقة مستنيرة تسمح للعملاء بحرية، دون ترهيب أو إكراه، باختيار المشاركة في أنشطة البحث. يجب على الباحثين اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية العملاء من العواقب السلبية، إذا اختاروا رفض المشاركة أو الانسحاب منها.

9: 12 الموافقات: يجب على الباحثين تقديم تفسيرات مناسبة فيما يتعلق بالبحث والحصول على الموافقات من ولي الأمر، أو الممثل المفوض قانونًا قبل العمل مع مشارك في البحث غير قادر على إعطاء الموافقة المستنيرة.

9: 13 الشرح: بمجرد الانتهاء من جمع البيانات، يجب على الباحثين تزويد المشاركين بشرح كامل فيما يتعلق بطبيعة البحث من أجل إزالة أي مفاهيم خاطئة قد تكون لدى المشاركين فيما يتعلق بالدراسة. يجب على الباحثين الانخراط في إجراءات معقولة لتجنب التسبب في ضرر. أحيانًا قد تُبرر القِيم العلمية أو الإنسانية تأخير أو حجب المعلومات. يجب على الباحثين السعي وتوثيق الإشراف و/ أو التشاور قبل تأخير أو حجب المعلومات عن أحد المشاركين.

9: 14 النتائج: عند الانتهاء من جمع البيانات وتحليلها، يجب على الباحثين إبلاغ الجهات الراعية، والمؤسسات، وهيئات النشر فيما يتعلق بإجراءات البحث ونتائجه. يجب على الباحثين التأكد من إعطاء الكيانات المناسبة المعلومات ذات الصلة.

9: 15 خطة التحويل: يجب على الباحثين إنشاء خطة مكتوبة يسهل الوصول إليها لنقل بيانات البحث إلى زميل محدد في حالة عجزهم، أو تقاعدهم، أو وفاتهم.

9: 16 التنوع: يجب على الباحثين الإبلاغ عن نتائج البحث بدقة، وبدون تشويه، أو تلاعب، أو تحريف للبيانات. يجب على الباحثين وصف مدى انطباق النتائج على مجموعات سكانية متنوعة

9: 17 التحقق: لا يجوز للباحثين حجب البيانات، التي تم استخلاص استنتاجاتهم البحثية منها عن المهنيين الأَكْفَاء الذين يسعون للتحقق من الادعاءات الجوهرية من خلال إعادة التحليل. يلتزم الباحثون بتوفير معلومات بحثية أصلية كافية للمهنيين المؤهلين، الذين يرغبون في تكرار الدراسة أو تمديدها.

9: 18 توفير البيانات: يجب على الباحثين، الذين يقدمون البيانات، أو يساعدون في البحث من قِبَل باحث آخر، أو يبلغون عن نتائج البحث، أو يوفرون البيانات الأصلية، إخفاء هوية المشاركين في حالة عدم وجود إذن كتابي من المشاركين يسمح بالإفصاح عن هويتهم.

9: 19 الأخطاء: يجب على الباحثين اتخاذ خطوات معقولة لتصحيح الأخطاء الجسيمة الموجودة في أبحاثهم المنشورة، باستخدام تصحيح الخطأ، أو من خلال طرق النشر المناسبة الأخرى.

9: 20 النشر: لا يجوز لمهنيي الإدمان الذين يؤلفون الكتب أو المقالات الصحفية أو غيرها من المواد التي يتم نشرها أو توزيعها، سرقة أو عدم الاستشهاد بأشخاص يستحقون الفضل في الحصول على أفكار أو أعمال أصلية. يجب على مقدمي الخدمات الإقرار في العروض التقديمية والمنشورات بالعمل السابق حول هذا الموضوع من قبل أنفسهم والآخرين.

9: 21 السرقة: يجب أن يعتبر مهنيو الإدمان استخدام المواد المحمية بحقوق الطبع والنشر دون إذن من المؤلف أو دفع الحقوق الفكرية سرقة.

9: 22 النشر الإلكتروني: يجب على مهنيي الإدمان أن يدركوا أن إدخال البيانات على الإنترنت، أو مواقع التواصل الاجتماعي، أو مواقع الوسائط المهنية يشكل عملية نشر ينطبق عليه كل القواعد الأخلاقية للنشر.

9: 23 الإعلان الترويجي: يجب على مهنيي الإدمان الذين يؤلفون كتبًا أو مواد أخرى توزعها وكالة أو منظمة، اتخاذ الاحتياطات المعقولة لضمان قيام المنظمة بالترويج للمواد والإعلان عنها بدقة وواقعية.

9: 24 نسب الفضل لأصحابه: يجب على مهنيي الإدمان نسب الفضل لأولئك الذين ساهموا في أي مادة منشورة بما يتناسب مع مساهماتهم، ووفقًا لممارسات النشر المهنية المعتادة.

9: 25 المواد التي يُعدُّها طلاب: يجب على مهنيي الإدمان الحصول على إذن من الطالب، وإدراج الطالب كمؤلف رئيسي في المخطوطات، أو العروض التقديمية المهنية، أيًّا كانت وسيلة

العرض، والتي تستند إلى حد كبير على أوراق المقرر الدراسي للطالب، أو المشاريع أو الأطروحات. يحتفظ الطالب بالحق في حجب الإذن بهذا.

9: 26 التقديمات: يجب على المهنيين والباحثين في مجال الإدمان تقديم المخطوطات للنظر فيها في مجلة أو مطبوعة واحدة في كل مرة. يجب على المُورِّدين والباحثين الحصول على إذن من الناشر الأصلي قبل تقديم المخطوطات المنشورة كليًّا أو جزئيًّا في أحد المجلات، أو وسائل النشر إلى ناشر آخر.

9: 27 الملكية الفكرية: يجب على مهنيي الإدمان الذين يراجعون المواد المقدمة للنشر أو البحث أو لأغراض علمية أخرى، أن يحترموا السرية وحقوق الملكية لأولئك الذين أرسلوها. يجب على مقدمي الخدمة الذين يعملون كمراجعين بذل قصارى جهدهم لمراجعة المواد التي تقع ضمن نطاق اختصاصهم فقط، ولمراجعة المواد دون تحيز مهني أو شخصي.

أسئلة للتفاعل والحوار

ما الجهود البحثية السابقة التي اشتركت فيها أو اشتركت فيها مؤسستك (اذكر بحث أو 3 بحوث)؟ ما الفوائد المحتملة لهذا البحث؟

كيف تطوَّر فهمك الأخلاقي للنشر والترويج بناء على مادرست؟ أذكر 3 أمور جديدة لاحظتها أو استفدتها.

تذكر

المبادئ الخمسة لأخلاقيات المهنة هي:

المصلحة والفائدة ورفاه العميل: وتتضمن السعي لازدهاره، وزيادة كفاءة المشير، وتطويره لنفسه.

عدم الإيذاء: منع الاستغلال النفسي أو المادي، والتحرش، والانتهاك، والإهمال، وتجاوز الحدود.

الاستقلال: السعي لحرية العميل والحرص على الشفافية معه، والموافقة المستنيرة والوعي.

الولاء: بما فيه الحفاظ على السرية والخصوصية.

العدل والمساواة: ومنع الوصم والتمييز وتقديم خدمة متساوية بغض النظر عن التكاليف.

والأخلاقيات تنطبق على الخدمة أونلاين، وعلى التشاور، والتحويل، والتدريب، والإشراف المشوري، والبحث العلمي، والنشر، والترويج.

10- الإشراف الاكلينيكي أو المشوري هو أن يطلب المشير جلسات مع مشير أكثر خبرة أو مهني آخر متخصص للحوار حول التحديات والصعوبات التي تواجه المشير ولتقييم طريقة عمله ومساندته في تطوير أدائه.

11- أي رجل يريد أن يكون إمرأة أو العكس.

12- أي المثلية الجنسية أو الغيرية.

13- أي الحدود المتعارف عليها في العلاقات المشورية، والمكتوبة في اللوائح والمراجع العلمية.

14- التحويل: هو إرسال العميل لمهني آخر يقدم له الرعاية التي يحتاجها، كتحويله لطبيب عظام أو جراح أو محامي أو محاسب قانوني (المترجم).

15- الدفع العيني: أي دفع نفقة الخدمة عن طريق تقديم شيء عيني مثلًا ساعة أو موبايل أو لاب توب (المترجم).

16- التشاور Consultation هو الاتصال بمهني آخر؛ لآخذ رأيه في كيفية التعامل مع مشكلة محددة للعميل. وفيها يقدم المهني الآخر خبرته لمقدم الخدمة، لكن مَنْ يقوم بالتعامل مع المشكلة أو الاحتياج يظل مقدم الخدمة نفسه، بعدما يكون قد استفاد من التشاور (المترجم)

17- وفيها يحكي العميل عن خبرته والتغيير الذي حدث في حياته نتيجة الخدمات التي تلقاها من مهنيي الإدمان.

المراجع ولمزيد من الاطلاع

References and Further Reading

Anderson, E. & McNair, L., 2018. Ethical issues in research involving participants with opioid use disorder. Therapeutic innovation & regulatory science. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944085/ [Accessed .[October 3, 2021

Anon, American Society of Addiction Medicine. About the ASAM Criteria. Available at: https://www.asam.org/asam-criteria/about .[[Accessed October 3, 2021

Forester-Miller, H., & Davis, T. E. (2016). Practitioner's guide to ethical decision making (Rev. ed.) Retrieved from http://www.counseling.org/docs/default-source/ethics/practioner's-.guide-toethical-decision-making.pdf

Linton, J.M., 2012. Ethics and accreditation in addictions counselor training: Possible field placement issues for cacrep-accredited addictions counseling programs. Journal of Addictions & Offender Counseling. Available at: https://eric.ed.gov/?id=EJ981400 .[[Accessed October 3, 2021

Roberts, L. W., & Dunn, L. B. (2003). Ethical considerations in caring for women with substance use disorders. Obstetrics and gynecology clinics of North America, 30(3), 559–582. https://doi.org/10.1016/s0889-8545(03)00071-8[Accessed October 3, [2021

Roemer A (2015) Ethical Issues Surrounding In-Patient Treatment for Adolescents with Substance Use Disorders. ... Available at: http://clinmedjournals.org/International-Archives-of-Addiction-Research-and-Medicine.php?jid=iaarm [Accessed October 3, 2021]. Int Arch Addict Res Med 1:007. 10.23937/2474-3631/1510007

Scott, C.G., 2000. Digitalgeorgetown Home. DigitalGeorgetown Home. Available at: https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/935744 .[[Accessed October 3, 2021

Snipes, D.D.-E., 087 -ethics: Beneficence and non-malfeasance in counseling. AllCEUs Counseling CEUs. Available at: https://allceus.com/podcast/087-ethics-beneficence-and-non-malfeasance-in-counseling/ [Accessed October 3, 2021].